

# ÉVALUATION 9 MOIS

## ÂGE RÉEL (9 MOIS RÉVOLUS)

Feuillet blanc à destination du réseau

Feuillet rose à conserver par le médecin qui a fait l'examen

Feuillet bleu reste dans le classeur de l'enfant

**N°inclusion** \_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de la visite \_\_\_\_\_  
Examineur \_\_\_\_\_

En cas de changement d'adresse ou de n° de téléphone, noter ici les nouvelles coordonnées :

## ENVIRONNEMENT ET EVENEMENT(S)

### ENVIRONNEMENT

Situation familiale  en couple  parent isolé  
Mode de garde  parent(s)  crèche  assistante maternelle  autre \_\_\_\_\_  
Activité professionnelle de la mère  oui  non  
Activité professionnelle du père  oui  non  
Tabagisme passif  oui  non

### Événement(s) depuis la dernière consultation oui non (si oui renseigner ci-dessous)

événement familial préciser \_\_\_\_\_  
 convulsion ou crise épileptique  en contexte fébrile  en dehors de contexte fébrile  
 autre pathologie préciser \_\_\_\_\_  
 hospitalisation préciser \_\_\_\_\_  
 consultation spécialisée préciser \_\_\_\_\_  
 prise en charge  kinésithérapie  ergothérapie  suivi psychologique  
 psychomotricité  orthophonie  autre \_\_\_\_\_  
 appareillage préciser \_\_\_\_\_  
 autre préciser \_\_\_\_\_

## VIE QUOTIDIENNE

### Alimentation

Nombre de repas \_\_\_\_\_  
Diversification  oui  non  
Alimentation avec morceaux  oui  non  
Mange des gâteaux ou du pain seul  oui  non  
Prise alimentaire  facile  lente  difficile

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

Sommeil  bon  perturbé  insuffisant  excessif  
 Comportement  facile  très calme  très actif  irritable  
 Pleurs  normaux  excessifs  difficilement consolables

Traitement  vitamine D  traitement anti-reflux  
 fer  autre \_\_\_\_\_

Vaccins à jour  oui  non

## EXAMEN SOMATIQUE

<b>Mensurations</b>	Poids _____ g	<b>Croissance pondérale normale</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Taille _____ cm	<b>Croissance staturale normale</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Périmètre crânien _____ cm	<b>Croissance PC normale</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

<b>Examen somatique</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <i>(si anormal renseigner ci-dessous)</i>	
Revêtement cutané	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Appareil cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Transit	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
RGO	<input type="checkbox"/> oui	
Palpation abdomen	<input type="checkbox"/> anormale	préciser _____
Appareil génito-urinaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Hanches	<input type="checkbox"/> anormales	préciser _____
ORL	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Réflexe nauséux	<input type="checkbox"/> antérieur (anormal)	
Autre	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____

## EXAMEN NEUROSENSORIEL

### Forme du crâne

Sutures  bord à bord  disjointes  chevauchantes  
 Forme du crâne  plagiocéphalie positionnelle  autre \_\_\_\_\_

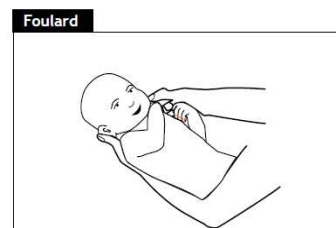
<b>Trouble(s) auditif(s)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>	
Réagit à la voix chuchotée		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Réagit à la voie normale		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Réagit à un bruit produit en dehors de sa vue		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Trouble(s) visuel(s)		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui renseigner ci-dessous)	
Vision	<input type="checkbox"/> verres correcteurs				
	<input type="checkbox"/> défense à l'occlusion d'un œil	<input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> gauche		
	<input type="checkbox"/> strabisme	<input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> gauche		
Poursuite oculaire	<input type="checkbox"/> difficile à obtenir	<input type="checkbox"/> absente			
Anomalie(s) oculaire(s)	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____			

Trouble(s) de la motricité globale		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui renseigner ci-dessous)	
Attitude spontanée	<input type="checkbox"/> hypertonie	<input type="checkbox"/> hypotonie	<input type="checkbox"/> asymétrique		
Activité motrice spontanée	<input type="checkbox"/> pauvre, stéréotypée	<input type="checkbox"/> asymétrique			
	<input type="checkbox"/> pas de déplacement				
	<input type="checkbox"/> pas de quadrupédie				
	<input type="checkbox"/> pas de retournement				
Mouvements anormaux	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____			

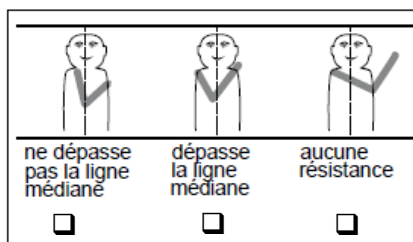
### Motricité fine, préhension et coordination

- attire l'anneau vers lui à l'aide de la ficelle
- saisit la pastille entre le pouce et l'index
- cherche l'objet caché
- passe l'objet d'une main à l'autre

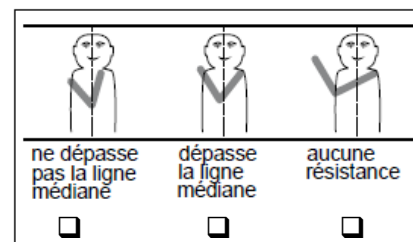


### Tonus musculaire passif des membres supérieurs

Foulard à droite

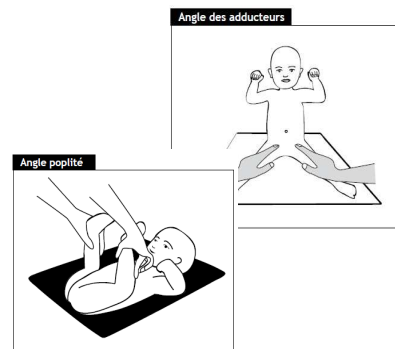


Foulard à gauche



### Tonus musculaire passif des membres inférieurs

- Angle poplité à droite   $\geq 110^\circ$   90-100°   $\leq 80^\circ$   aucune résistance
- Angle poplité à gauche   $\geq 110^\circ$   90-100°   $\leq 80^\circ$   aucune résistance
- Angle des adducteurs   $\geq 100^\circ$   80-90°   $\leq 80^\circ$   aucune résistance



### Dorsiflexion du pied (étirement du triceps sural)

- Étirement lent à droite   $\leq 80^\circ$   90-100°   $\geq 110^\circ$
- Étirement lent à gauche   $\leq 80^\circ$   90-100°   $\geq 110^\circ$
- Mobilisation rapide à droite  normale  stretch phasique (court arrêt)  stretch tonique (arrêt de la manœuvre rapide)
- Mobilisation rapide à gauche  normale  stretch phasique (court arrêt)  stretch tonique (arrêt de la manœuvre rapide)

### Tonus actif de l'axe

- Tête tenue  avant 4 mois  entre 5 et 6 mois  > 6 mois ou non acquis
- Hypertonie  oui  non
- Opisthotonos  oui  non
- Hypotonie  oui  non

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

**Position assise**       tient sans appui       tient avec appui       non acquise

**Réactions posturales**

S'équilibre après une manoeuvre de poussée latérale à droite       oui       non

S'équilibre après une manoeuvre de poussée latérale à gauche       oui       non

Manoeuvre du plongeon (parachute) : étend ses 2 bras vers l'avant       oui       non

**Sauteur**       oui       non

<b>Réflexes normaux</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<i>(si non renseigner ci-dessous)</i>
Rotulien droit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diffusé	<input type="checkbox"/> absent
Rotulien gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diffusé	<input type="checkbox"/> absent
Bicipital droit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diffusé	<input type="checkbox"/> absent
Bicipital gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diffusé	<input type="checkbox"/> absent

**Tolérance aux manipulations**       bonne       hyperexcitabilité       déstabilisation

## DEVELOPPEMENT RELATIONNEL ET COMMUNICATION

<b>Trouble(s) du comportement relationnel</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>
Expression du visage	<input type="checkbox"/> peu de mobilité faciale spontanée		
Contact visuel	<input type="checkbox"/> contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché <input type="checkbox"/> évitement actif du contact visuel		
Sociabilité	<input type="checkbox"/> pas d'attention conjointe <input type="checkbox"/> pas d'angoisse de l'étranger <input type="checkbox"/> ne joue pas à coucou le voilà		

<b>Trouble(s) de la communication</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>
<input type="checkbox"/> pas de vocalise de plusieurs syllabes distinctes			
<input type="checkbox"/> n'émet pas des syllabes redoublées			
<input type="checkbox"/> n'attire pas l'attention par gestes ou cris			
<input type="checkbox"/> ne réagit pas à son prénom			

<b>Examen neurologique</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> douteux	<input type="checkbox"/> anormal
<b>Examen psychomoteur</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> douteux	<input type="checkbox"/> anormal

## BILAN DE LA CONSULTATION

<b>Préconisation(s)</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui, précisez ci-dessous)
<b>Consultation de recours</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
<b>Examen complémentaire</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
<b>Autre(s) suivi(s) spécialisé(s)</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
si oui,	<input type="checkbox"/> chirurgie viscérale	<input type="checkbox"/> ORL	
	<input type="checkbox"/> gastroentérologie	<input type="checkbox"/> ophtalmologie	
	<input type="checkbox"/> néphrologie	<input type="checkbox"/> médecine physique et de réadaptation	
	<input type="checkbox"/> cardiologie	<input type="checkbox"/> neurologie pédiatrique	
	<input type="checkbox"/> endocrinologie	<input type="checkbox"/> neurochirurgie	
	<input type="checkbox"/> génétique	<input type="checkbox"/> autre	_____
<b>Prise(s) en charge</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
si oui,	<input type="checkbox"/> kinésithérapie respiratoire	<input type="checkbox"/> psychologie	
	<input type="checkbox"/> kinésithérapie motrice	<input type="checkbox"/> guidance	
	<input type="checkbox"/> ergothérapie	<input type="checkbox"/> orthophonie	
	<input type="checkbox"/> psychomotricité	<input type="checkbox"/> autre	_____
<b>Orientation</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
si oui,	<input type="checkbox"/> CAMSP	<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> SESSAD
	préciser lequel		<input type="checkbox"/> autre _____
<b>Aide(s) proposée(s)</b>			
<input type="checkbox"/> Demande d'exonération du ticket modérateur			
<input type="checkbox"/> Constitution d'un dossier MDPH	Pour quelle demande ? : _____		
<input type="checkbox"/> Allocation journalière de présence parentale			
<input type="checkbox"/> Autre aide	_____		

<b>Commentaires</b>
_____
_____
_____

**MERCI DE RENSEIGNER LE CERTIFICAT DE SANTE ET DE L'ADRESSER A LA PMI**