

ÉVALUATION 18 MOIS D'ÂGE CORRIGÉ (EXAMEN RÉALISÉ A L'ÂGE RÉEL DE 18 A 22 MOIS)

Feuille blanc à destination du réseau

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

Feuille bleu reste dans le classeur de l'enfant

N^o inclusion

Nom de l'enfant _____
Prénom _____
Date de la visite _____
Examineur _____

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

ENVIRONNEMENT ET ÉVÉNEMENT(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 _____
Alimentation avec morceaux oui non
Mange des gâteaux ou du pain seul oui non
Utilise la cuillère oui non
Boit seul au verre oui non
Prise alimentaire facile lente difficile excessive

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

Mensurations	Poids _____ g	Croissance pondérale normale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Taille _____ cm	Croissance staturale normale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Périmètre crânien _____ cm	Croissance PC normale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	IMC (kg/m ²) : _____	IMC normal <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Examen somatique	<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 _____

Trouble(s) auditif(s)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(<i>si oui renseigner ci-dessous</i>)
Réagit à son prénom chuchoté	<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	(<i>si oui renseigner ci-dessous</i>)
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"/> facile à obtenir sur 180°	<input type="checkbox"/> difficile à obtenir <input type="checkbox"/> absente	
Anomalie(s) oculaire(s)	<input type="checkbox"/> oui		préciser _____

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

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"/> marche autonome non acquise <input type="checkbox"/> marche tenue non acquise <input type="checkbox"/> station debout seule non acquise <input type="checkbox"/> station debout avec appui non acquise <input type="checkbox"/> pas de déplacement <input type="checkbox"/> pas de quadrupédie <input type="checkbox"/> pas de station assise
Mouvements anormaux	<input type="checkbox"/> oui préciser -----

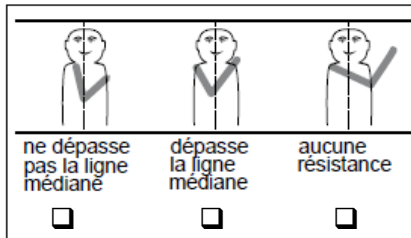
Station assise acquise avant 9 mois entre 10 et 12 mois > 12 mois ou non acquise

Motricité fine, préhension et coordination

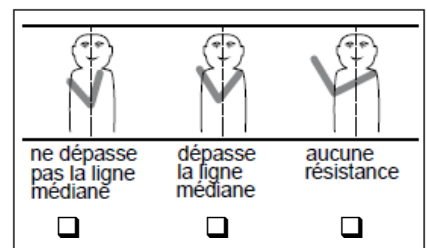
- saisit la pastille entre la pulpe du pouce et de l'index
- met l'objet dans la tasse
- élabore des stratégies pour retrouver l'objet caché
- collaboration bimanuelle
- pousse du pied le ballon
- construit une tour de 3 cubes
- tient le crayon et barbouille la feuille

Tonus musculaire passif des membres supérieurs

Foulard à droite



Foulard à gauche

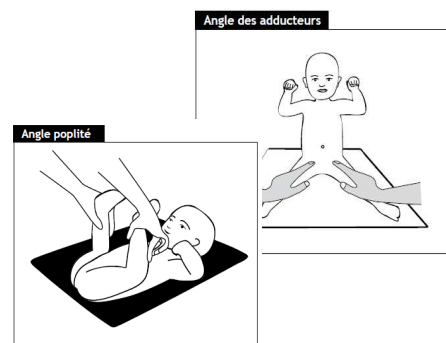


Tonus musculaire passif des membres inférieurs

Angle poplité à droite ≥ 110° 90-100° ≤ 80° aucune résistance

Angle poplité à gauche ≥ 110° 90-100° ≤ 80° aucune résistance

Angle des adducteurs ≥ 110° 80-100° ≤ 70° aucune résistance



Dorsiflexion du pied (étirement du triceps sural)

Étirement lent à droite ≤ 80° 90-100° ≥ 110°

Étirement lent à gauche ≤ 80° 90-100° ≥ 110°

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)

Réactions posturales

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

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

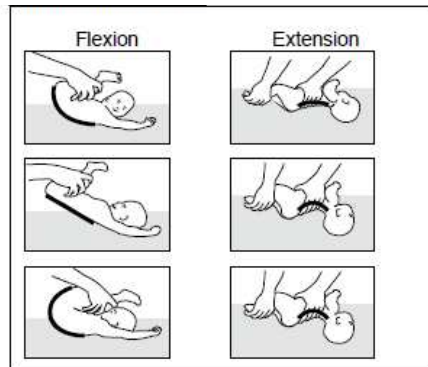
Manœuvre du plongeon (parachute) : étend ses 2 bras vers l'avant oui non

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

Tonus actif de l'axe

Tête tenue oui non

Incurvations du tronc



- flexion \geq à l'extension
 flexion < extension
 flexion et extension excessives

Réflexes normaux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si non renseigner ci-dessous)
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
Cutané plantaire à droite	<input type="checkbox"/> réponse en flexion	<input type="checkbox"/> réponse en extension	
Cutané plantaire à gauche	<input type="checkbox"/> réponse en flexion	<input type="checkbox"/> réponse en extension	

Tolérance aux manipulations bonne hyperexcitabilité déstabilisation

DEVELOPPEMENT RELATIONNEL ET COMMUNICATION

Trouble(s) du comportement relationnel	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui renseigner ci-dessous)
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 de distinction de l'étranger <input type="checkbox"/> peur du contact avec les objets <input type="checkbox"/> ne pointe pas avec le doigt <input type="checkbox"/> ne joue pas à faire semblant <input type="checkbox"/> ne joue pas à coucou le voilà <input type="checkbox"/> n'imité pas ses parents <input type="checkbox"/> n'utilise pas d'objet transitionnel		
Autonomie et jeux	<input type="checkbox"/> ne se prête pas activement au déshabillage <input type="checkbox"/> ne tourne pas les pages d'un livre <input type="checkbox"/> ne joue pas avec poupée ou voiture <input type="checkbox"/> n'aime pas jouer avec l'adulte ou enfants de son âge		

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

Trouble(s) de la communication	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>
<input type="checkbox"/> pas de cri pour attirer l'attention <input type="checkbox"/> n'essaie pas d'imiter des mots <input type="checkbox"/> < 10 mots <input type="checkbox"/> n'utilise pas l'intonation dans un but de communication <input type="checkbox"/> ne répète pas les actes qui font rire <input type="checkbox"/> pas de jeu d'échange <input type="checkbox"/> ne comprend pas les interdits et n'arrête pas sur ordre <input type="checkbox"/> n'exécute pas une consigne simple <input type="checkbox"/> ne désigne pas 3 objets parmi 10 présentés <input type="checkbox"/> ne peut pas montrer 3 parties de son corps nommées			

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

BILAN DE LA CONSULTATION

Préconisation(s)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<i>(si oui, précisez ci-dessous)</i>
Consultation de recours	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Examen complémentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Autre(s) suivi(s) spécialisé(s)	<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 _____	
Prise(s) en charge	<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 _____	
Orientation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
si oui,	<input type="checkbox"/> CAMSP	<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> SESSAD
			<input type="checkbox"/> autre _____
	préciser lequel _____		
Aide(s) proposée(s)			
<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	_____		

Commentaires

