

ÉVALUATION A L'ÂGE DE 3 ANS

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°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 :

**N'oubliez pas de demander l'ASQ 3 ans aux parents, de vérifier qu'ils ont bien répondu à toutes les questions et si besoin les aider à le compléter.
Les résultats sont à prendre en compte dans votre évaluation.**

ENVIRONNEMENT ET ÉVÉNEMENT(S)

ENVIRONNEMENT

Situation familiale en couple parent isolé
Mode de garde parent(s) crèche assistante maternelle autre _____
Scolarisation temps partiel temps plein 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 _____
Texture acceptée gros morceaux petits morceaux mixé fin
Boit au verre sans difficulté oui non
Utilise la cuillère oui non
Appétit normal médiocre sélectif important
Grignotage oui non

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
 Endormissement sans problème difficile avec un parent
 Rythmies oui non
 Autres parasomnies oui non
 Ronflement oui non

Comportement calme adapté turbulent inhibé intolérant à la frustration
 coléreux distractible impulsif

Téte : une sucette oui non ses doigt(s) oui non autre (doudou...) oui non
 Difficultés de séparation oui non

Traitement vitamine D 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
	Rebond d'adiposité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Tension artérielle _____	

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 _____
Etat dentaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Bavage	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____
Réflexe nauséeux	<input type="checkbox"/> antérieur (anormal)	
Anomalie squelettique	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____
Autre	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____

Bandelette urinaire		
Protéinurie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Glycosurie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

EXAMEN NEUROSENSORIEL

Trouble(s) auditif(s)		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui renseigner ci-dessous)
Réagit à la voix chuchotée (répétition de mots, désignation d'objets)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appareillage	<input type="checkbox"/> oui	préciser -----		

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 -----		

Acquisition de la marche autonome avant 18 mois entre 19 et 24 mois > 24 mois ou non acquise

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"/> pas de station debout			
	<input type="checkbox"/> pas de déplacement			
	<input type="checkbox"/> pas de quadrupédie			
	<input type="checkbox"/> pas de station assise			
Trouble(s) moteur(s)	<input type="checkbox"/> Diplégie spastique			
	<input type="checkbox"/> Diplégie dystonique			
	<input type="checkbox"/> Quadriplégie spastique			
	<input type="checkbox"/> Quadriplégie dystonique			
	<input type="checkbox"/> Hémiplégie	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	
	<input type="checkbox"/> Monoplégie	préciser -----		
	<input type="checkbox"/> Marche sur les pointes	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> bilatérale
Paralysie cérébrale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Si oui	<input type="checkbox"/> spastique	<input type="checkbox"/> dyskinétique	<input type="checkbox"/> ataxique	
Mouvements anormaux	<input type="checkbox"/> oui	préciser -----		

Motricité fine et cognition

Jette le ballon dans le panier oui non

Mouvements de rotation (bouchon de bouteille...) oui non

Barbouille la feuille en la maintenant avec la main oui non

Tient le crayon entre le pouce et les autres doigts oui non

Imite un trait oui non

Imite un cercle oui non

Regarde ce qu'il fait oui non

Enfile une perle oui non

Attrape un gobelet, une cuillère (direction et appréciation de la distance justes) oui non

Fait un pont avec 3 cubes après démonstration oui non

Latéralisation homogène oui non si oui : droite gauche

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

Praxies faciales normales <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(si non renseigner ci-dessous)</i>		
Ferme les yeux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Ouvre la bouche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Gonfle les joues	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Claque la langue	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Tonus périphérique

Membres inférieurs normal hypertonie hypotonie
Membres supérieurs normal hypertonie hypotonie

Tonus axial normal anormal

Réflexes normaux <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
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	

Comportement lors de l'examen participe volontiers participe peu ne participe pas s'oppose

DEVELOPPEMENT RELATIONNEL ET COMMUNICATION

Trouble(s) du comportement relationnel <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"/> peur du contact avec les objets <input type="checkbox"/> ne pointe pas avec le doigt <input type="checkbox"/> n'utilise pas d'objet transitionnel <input type="checkbox"/> n'apprécie pas la compagnie des autres enfants <input type="checkbox"/> ne répond pas à l'appel de son prénom
Autonomie et jeux	<input type="checkbox"/> n'imité pas ses parents <input type="checkbox"/> ne se déshabille pas seul(e) <input type="checkbox"/> ne commence pas à s'habiller seul(e) <input type="checkbox"/> pas de comptine numérique jusqu'à 10 <input type="checkbox"/> n'aide pas à desservir la table <input type="checkbox"/> ne se lave pas les mains seul(e) <input type="checkbox"/> pas de propreté diurne

Trouble(s) de la communication <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>	
<input type="checkbox"/> ne connaît pas ses couleurs	
<input type="checkbox"/> ne dit pas son sexe	
<input type="checkbox"/> ne pose pas de questions	
<input type="checkbox"/> vocabulaire pauvre (adjectifs, verbes, mots outils...)	
<input type="checkbox"/> pas de phrases de 3 ou 4 mots dont un verbe associé	
<input type="checkbox"/> pas d'utilisation du « je »	
<input type="checkbox"/> langage mal articulé, pas compréhensible par tous	
<input type="checkbox"/> n'attend pas son tour	
<input type="checkbox"/> bégaiement	
<input type="checkbox"/> ne joue pas à faire semblant	

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

