

ÉVALUATION A L'ÂGE DE 5 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 _____
Age _____ (ans) + _____ (mois)

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

ENVIRONNEMENT ET EVENEMENTS

ENVIRONNEMENT

Situation familiale en couple parent isolé
Mode de garde parents crèche assistante maternelle garderie périscolaire autre _____
Scolarisation temps partiel temps plein non scolarisé
Section TPS PS MS GS
Redoublement oui non
Difficultés oui non *si oui préciser* : attention langage graphisme comportement
Suivi mis en place à l'école (RASED, AVS, aide personnalisée...) oui préciser _____ non

ÉVÉNEMENTS DEPUIS LA DERNIERE CONSULTATION

Événements 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 (hors déficit sensoriel) préciser _____
 autre préciser _____

N'oubliez pas de demander l'ASQ 5 ans aux parents, de vérifier qu'ils ont bien répondu à toutes les questions et si besoin les aider à compléter.

VIE QUOTIDIENNE

Troubles de l'alimentation oui non si oui, préciser _____
Troubles du sommeil oui non
Comportement adapté agité distractible coléreux inhibé inquiet

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

Bégaïement oui non

Tête une sucette oui non ses doigts oui non autre (doudou...) oui non

Difficulté de séparation oui non

Aptitudes sociales et relationnelles

échange facilement avec les autres enfants	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
échange facilement avec les adultes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
s'adapte facilement aux situations nouvelles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
difficulté de contact visuel	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
s'exprime à l'extérieur autant que dans sa famille	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
appétence à la relation normale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Autonomie

capable de se déshabiller seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
capable de s'habiller seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
participe à sa toilette	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
maladresse dans les gestes de la vie courante	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
propreté diurne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
propreté nocturne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Traitement de fond oui : _____ non

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 en kg/m ² _____	
	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"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Appareil cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Respiration	<input type="checkbox"/> nasale	<input type="checkbox"/> buccale	
Abdomen			
Transit normal	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Palpation normale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Appareil génito-urinaire	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
ORL	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Etat dentaire	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Bavage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Réflexe nauséux	<input type="checkbox"/> postérieur (normal)		<input type="checkbox"/> antérieur (anormal)
Anomalie squelettique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Autre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____

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

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

Troubles auditifs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Troubles visuels	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> unilatéral <input type="checkbox"/> bilatéral		<input type="checkbox"/> unilatéral <input type="checkbox"/> bilatéral
Suivi ORL	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Suivi ophtalmologie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Appareillage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Verres correcteurs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Suivi en structure spécialisée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Suivi en structure spécialisée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Troubles moteurs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>	
Troubles du tonus de l'axe	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, <input type="checkbox"/> Hypotonie	<input type="checkbox"/> Hypertonie
Mouvements anormaux (tremblements, syncinésies...)			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Troubles moteurs	<input type="checkbox"/> hémiparésie	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	
	<input type="checkbox"/> hémiplégie	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	
	<input type="checkbox"/> monoplégie membre supérieur	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	
	<input type="checkbox"/> monoplégie membre inférieur	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	
	<input type="checkbox"/> tétraparésie			
	<input type="checkbox"/> Diplégie			
Paralysie cérébrale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Si oui	<input type="checkbox"/> spastique	<input type="checkbox"/> dyskinétique	<input type="checkbox"/> ataxique	
Classification GMF-CS				
Niveau I	Niveau II	Niveau III	Niveau IV	Niveau V
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retentissement fonctionnel niveau GMFCs : (Cocher la case correspondante ci-dessus)				
Niveau 1: Marche à l'intérieur et à l'extérieur, monte les escaliers sans imitation. Peut courir, sauter, mais avec une limitation de la vitesse et de la coordination				
Niveau 2 : Marche à l'intérieur et à l'extérieur, monte un escalier en s'aidant d'une rampe, mais la marche est limitée en terrain accidenté ou incliné, dans la foule. La course et le saut sont limités.				
Niveau 3 : La marche à l'intérieur et à l'extérieur, en terrain plat est assistée. Monter un escalier est possible en s'aidant d'une rampe. Suivant les fonctions supérieures, il est possible de se déplacer en fauteuil roulant manuel, les longs déplacements à l'extérieur ou en terrain accidenté nécessitent un transport aidé.				
Niveau 4 : Les déplacements sont possibles en fauteuil roulant à l'intérieur et à l'extérieur pour les parcours connus.				
Niveau 5 : Le maintien de la posture est difficile, toutes les fonctions motrices sont limitées et incomplètement compensées par des aides, les déplacements autonomes en fauteuil roulant sont pratiquement impossibles et ne peuvent se faire qu'en fauteuil électrique				

Praxies faciales

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

Motricité fine et cognition

Tient le crayon entre le pouce et les autres doigts	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Reproduit une échelle sans dépasser	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Regarde ce qu'il fait	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Résultat résolution de problèmes (Asq 5 ans) normal (≥30) anormal (<30)

Latéralisation manuelle droite gauche non fixée

Résultat communication (Asq 5 ans) normal (≥30) anormal (<30)

Epreuve de conscience phonologique (1 épreuve)

Comptage syllabique **Ex :** Bateau **Essai :** Kilo

JOLI ELEPHANT POISSON POT POTIRON

Epreuve réussie (4|5) oui non

Traitement de l'information visuelle (2 épreuves)

Test des cloches (annexe 1)

Résultat normal (≥ 5) anormal (< 5)

Test de reconnaissance des lettres (annexe 2)

Résultat normal (≥ 12) anormal (< 12)

Troubles cognitifs oui non

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

Troubles du comportement oui non si oui :

Troubles envahissants du développement

Agitation

Anxiété

Autre _____

Appréciation globale de la qualité de vie par les parents

pas de répercussion sur la vie familiale

contraintes modérées ayant peu d'impact sur la vie familiale

Inquiétudes et contraintes importantes avec impact notable sur la famille

Impact très lourd ayant totalement bouleversé la famille

BILAN DE LA CONSULTATION

Préconisation(s)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui, précisez ci-dessous)
Consultation de recours	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Examen complémentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Autres suivis spécialisés	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
si oui,	<input type="checkbox"/> endocrinologie	<input type="checkbox"/> ophtalmologie	
	<input type="checkbox"/> gastroentérologie	<input type="checkbox"/> médecine physique et de réadaptation	
	<input type="checkbox"/> cardiologie	<input type="checkbox"/> neurologie pédiatrique	
	<input type="checkbox"/> neurochirurgie	<input type="checkbox"/> autre _____	
	<input type="checkbox"/> ORL		
Prise en charge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
si oui,	<input type="checkbox"/> kinésithérapie motrice	<input type="checkbox"/> psychologie	
	<input type="checkbox"/> ergothérapie	<input type="checkbox"/> orthophonie	
	<input type="checkbox"/> psychomotricité	<input type="checkbox"/> orthoptie	<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"/> préciser lequel _____		<input type="checkbox"/> autre _____

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demande d'exonération du ticket modérateur | <input type="checkbox"/> sans objet | <input type="checkbox"/> obtenue |
| <input type="checkbox"/> Constitution de dossier MDPH | <input type="checkbox"/> Renouvellement de demande MDPH | |
| <input type="checkbox"/> Allocation journalière de présence parentale | <input type="checkbox"/> Autre aide _____ | |

Commentaires

