

Par fax : 01 45 17 57 16

Mail : melissa.rougies@chicreteil.fr

Adresse :

CHI Créteil – 40 avenue de Verdun
94000 CRETEIL

FICHE DE SUIVI à 3 ans

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom

Prénom (premier prénom exclusivement):

Date de naissance:.....|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IDENTIFICATION DU MEDECIN PILOTE

Nom du MEDECIN PILOTE réalisant la consultation :

Date de la consultation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MODIFICATION DE LA SITUATION FAMILIALE

Modification de la structure familiale

non oui

Si oui préciser :
.....
.....

SCOLARISATION ET MODE D'ACCUEIL DE L'ENFANT

* Scolarisation : non oui

Si non scolarisé ou scolarisation à temps partiel, mode d'accueil de l'enfant : (cocher) plusieurs modes de garde peuvent être possibles

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Père ou mère au foyer | <input type="checkbox"/> Halte-garderie |
| <input type="checkbox"/> Autre personne à domicile | <input type="checkbox"/> Jardin d'enfant |
| <input type="checkbox"/> Assistante maternelle ou nounrice | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Crèche collective | |

Commentaires :
.....

SANTE GENERALE DE L'ENFANT

FAITS MARQUANTS DEPUIS LA PRECEDENTE VISITE RESEAU

* Ré-hospitalisation depuis la visite réseau à 2 ans non oui nsp

Nombre d'hospitalisation

* Cochez le ou les motifs et renseignez la date :

	Date		Date		Date
1- Malaise		6- Gastro-entérite		11- Cure hernie	
2- Bronchiolite		7- Infection urinaire		12- Autre intervention chirurgicale	
3- Asthme		8- Autre infection		13- Exploration(s) programmée(s)	
4- Autre pathologie dyspnésante		9- Traumatisme		14- Surveillance thérapeutique	
5- Pneumopathie		10- Accident domestique		15- Autre, précisez :	

Commentaires :

Autres faits marquants depuis l'âge de 3 ans :

.....
.....

CROISSANCE

Poids : |__| kg |__| |__| g |__|,|__||__| DS |__|,|__||__| p Score Poids : |__|

Taille : |__|,|__| cm |__|,|__||__| DS Score Taille : |__|

Périmètre crânien : |__|,|__| cm |__|,|__||__| DS Score PC : |__|

Scores : 1 : [-2DS et +2DS] 2 : [-2DS et -3DS] 3 : < -3DS 4 : ≥ +2DS

IMC poids / (taille cm/100)² : |__|,|__||__| |__|,|__||__| p Score IMC : |__|

1 = normal et stable 2 = < 97^{ème} p mais rebond d'adiposité (> 1 couloir en 1 an)
3 = obésité > 97^{ème} p 4 = insuffisance pondérale (< 3^{ème} p)

Commentaires :

.....

APPAREIL RESPIRATOIRE

Score respiratoire |_|

Score 1	<input type="radio"/> Aucun problème
Score 2	<input type="radio"/> Crises d'asthme occasionnelles peu sévères (maxi 2)
Score 3	<input type="radio"/> Crises d'asthme sévères ou répétées (≥ 3) et/ou sévère ou wheezing fréquent
Score 4	<input type="radio"/> Oxygénothérapie ou trachéotomie ou pathologie respiratoire nécessitant des hospitalisations multiples

Commentaires :

.....
.....

AUTRES PROBLEMES DE SANTE (hors problèmes respiratoires et neurosensoriels) :

Cochez parmi la liste la ou les pathologies rencontrées :

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> - ORL | <input type="radio"/> - Dermato |
| <input type="radio"/> - Digestif / alimentaire | <input type="radio"/> - Endocrino |
| <input type="radio"/> - Cardio | <input type="radio"/> - Malaises |
| <input type="radio"/> - Uro-néphro | <input type="radio"/> - Apilepsie |
| <input type="radio"/> - Orthopédique | <input type="radio"/> - Convulsion fébrile |
| <input type="radio"/> - Allergo | <input type="radio"/> - Autre : |

Préciser en clair les différents problèmes posés :

.....
.....
.....

Score global pour ces autres problèmes de santé |_|

Score 1	<input type="radio"/> Aucun problème
Score 2	<input type="radio"/> Problèmes occasionnels facilement résolus
Score 3	<input type="radio"/> Problèmes répétitifs ou non encore résolus
Score 4	<input type="radio"/> Problèmes gênant la vie quotidienne ou nécessitant plusieurs hospitalisations

Commentaires :

.....
.....

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, COGNITIF ET RELATIONNEL

CONDITIONS D'EXAMEN : Enfant coopérant non oui

MOTRICITÉ

Acquisition de la marche non oui **Si oui, a marché seul vers** | | (mois)

Score motricité globale | |

Score 1	<input type="radio"/> Pas de déficit d'un membre <input type="radio"/> Monte les escaliers en alternant, descend les escaliers de façon autonome <input type="radio"/> Tricycle, vélo avec stabilisateurs ou trottinette <input type="radio"/> Marche et court avec aisance <input type="radio"/> Shoote dans un ballon avec force et bon équilibre <input type="radio"/> Peut attraper un gros ballon <input type="radio"/> Saute à pieds joints
	<input type="radio"/> Marche et court avec moins d'aisance <input type="radio"/> Monte les escaliers sans alterner ou descend seulement tenu <input type="radio"/> Déficit moteur d'un membre
	<input type="radio"/> Diplégie ou hémiplégie spastique <input type="radio"/> Spasticité ou dystonie <input type="radio"/> Démarche anormale, avec équin dynamique ; ou marche assistée <input type="radio"/> Tient assis
	<input type="radio"/> Quadriplégie spastique <input type="radio"/> Pas de marche même assistée <input type="radio"/> Ne Tient pas assis <input type="radio"/> Préhension pathologique

Commentaires sur le développement moteur :

.....

MOTRICITE FINE ET COORDINATION OCULO-MANUELLE

Cet item explore l'aspect cognitif des manipulations

Score motricité fine / coordination | |

Score 1	<input type="radio"/> S'habille presque seul (sauf boutons) <input type="radio"/> Lave et sèche ses mains <input type="radio"/> Encastre toutes les formes avec anticipation et orientation correcte de l'objet <input type="radio"/> Tour de plus de 8 cubes <input type="radio"/> Puzzle de 6 pièces <input type="radio"/> Dessine un rond fermé <input type="radio"/> S'intéresse et participe au dessin symbolique (ex : bonhomme) voire le réalise seul
	<input type="radio"/> Enlève ses vêtements, en enfile certains <input type="radio"/> Encastre toutes les formes simples mais sans anticipation (procède par essais/erreurs) ou avec des difficultés <input type="radio"/> Tour de 4 à 8 cubes <input type="radio"/> Fait un rond non fermé, imite les traits orientés <input type="radio"/> Participe au bonhomme par imitation mais sans symbolisme
	<input type="radio"/> Encastre seulement le rond <input type="radio"/> Empile 2-3 cubes <input type="radio"/> Gribouillis sans imitation <input type="radio"/> Peu intéressé par les jeux de construction, préfère les jeux de cause à effet
	<input type="radio"/> Niveau de jeu : purement sensoriel <input type="radio"/> Aucun n'encastrement <input type="radio"/> N'empile pas <input type="radio"/> Ne tient pas le crayon ou ne s'en sert pas pour gribouiller <input type="radio"/> Jette, tape, vide

Commentaires.....

DIAGNOSTIC MOTEUR

Difficultés motrices : Non Oui, suspectées Oui, certaines NR

Déficit moteur spastique Non Oui

Localisation :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Unilatéral | <input type="radio"/> Bilatéral |
| <input type="radio"/> Membre sup Gauche | <input type="radio"/> Membre sup Droit |
| <input type="radio"/> Membre inf Gauche | <input type="radio"/> Membre inf Droit |

Anomalies de l'axe

- Non Oui Hypertonie Hypotonie

Commentaires sur le développement moteur (Préciser le diagnostic, les éventuelles aides techniques et traitements orthopédiques)

.....

.....

Difficultés motricité fine ou coordination non oui Précisez :

LANGAGE

Score langage |__|

Score 1	<input type="radio"/> Phrases (sujet, verbe, complément) <input type="radio"/> Utilise les pronoms je, tu, il, elle <input type="radio"/> Décrit une action sur l'image : répond aux questions « Que fait ...? », « A quoi sert... ? » <input type="radio"/> Compréhension syntaxique des petits mots avec, sur, sous, ...
Score 2	<input type="radio"/> Associe les mots, phrases sujet verbe ou verbe objet <input type="radio"/> Nomme les objets mais ne décrit pas une action <input type="radio"/> Compréhension syntaxique faible : sur imagier ne répond qu'à la question « Qu'est ce que c'est... ?»
Score 3	<input type="radio"/> Mots et mots/phrases isolés <input type="radio"/> Désigne quelques images ou objets <input type="radio"/> Agrammatique ou inintelligible pour les non-familiers
Score 4	<input type="radio"/> Moins de 10 mots <input type="radio"/> Pas de désignation
Score 5	<input type="radio"/> Non évaluable

* Commentaires (*obligatoire si score ≥ 3*) :

.....

INTERACTIONS / RELATION

Score relationnel|_|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Répond facilement aux sollicitations d'interaction et d'attention conjointe, maintient l'interaction et initie lui-même l'interaction<input type="radio"/> Communication verbale ou non verbale riche<input type="radio"/> Manifestation d'empathie (va consoler un camarade)<input type="radio"/> Jeux symboliques riches et jeux de rôle
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Répond aux sollicitations mais ne maintient pas l'interaction (poursuit le jeu solo)<input type="radio"/> Initie peu l'interaction<input type="radio"/> Comportement plus « indépendant »- ne cherche pas trop le contact physique<input type="radio"/> Communication non verbale pauvre<input type="radio"/> Intérêts sélectifs mais non envahissants<input type="radio"/> Enfant trop calme et trop sérieux ou au contraire agité<input type="radio"/> Jeux symboliques pauvres
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Répond difficilement aux sollicitations<input type="radio"/> N'initie pas l'interaction ou seulement en cas de détresse<input type="radio"/> Si semble initier (ex : apporte un jouet) est en fait indifférent à la réponse de son interlocuteur<input type="radio"/> Pas d'imitation<input type="radio"/> Absence de mimique ou mimique figée ; rire / sourires non adressés<input type="radio"/> Explore l'environnement, déambule, mais ne s'intéresse pas aux personnes
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Aucune réponse aux sollicitations d'interaction<input type="radio"/> Ne regarde pas les visages ou regard « passe muraille »<input type="radio"/> Activités solitaires et stéréotypées, déconnectées de l'environnement<input type="radio"/> Absence de communication non verbale<input type="radio"/> Pseudo surdité (ne réagit pas aux bruits forts)

Commentaires :

.....

Autisme ou troubles du spectre autistique ? non oui

CAPACITES ATTENTIONNELLES

Score attention|_|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Attention soutenue, perspicacité
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Attention plus labile, passe vite d'une activité à l'autre
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Gros troubles de concentration pour les activités de manipulation et les activités exploratoires
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Gros troubles de concentration pour toutes les activités

Commentaires

.....

VIE QUOTIDIENNE / COMPORTEMENT

SOMMEIL

Score sommeil |__|

Score 1	<input type="radio"/> Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles) <input type="radio"/> S'endort facilement et dort très bien en général
Score 2	<input type="radio"/> Difficultés d'endormissement ou de réveil occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<input type="radio"/> Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
Score 4	<input type="radio"/> Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

Commentaires :

ALIMENTATION

Score alimentation |__|

Score 1	<input type="radio"/> Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles) <input type="radio"/> Mange très bien en général
Score 2	<input type="radio"/> Difficultés aux repas occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<input type="radio"/> Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème, difficulté lors du passage à la diversification <input type="radio"/> Repas très long <input type="radio"/> Refus de la nouveauté <input type="radio"/> Stratégie pour éviter déglutition et/ou mastication
Score 4	<input type="radio"/> Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents – gavage par sonde naso-gastrique ou gastrostomie <input type="radio"/> Problème de socialisation (ne peut manger qu'à la maison)

Commentaires :

Trouble de la motricité bucco-faciale : non oui NSP

Commentaires :

COMPORTEMENT

Score comportement psycho-affectif I_1

Tenir compte à la fois du rapport des parents et du comportement observé en consultation

Cet item explore le bien-être psycho-affectif des enfants (manifestations d'agressivité, de frustration, d'angoisse etc. : Pleurs, colères...) – il est à distinguer de l'item relationnel vu au Chapitre

Interactions / relationnel

Score 1	<input type="radio"/> Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles)
Score 2	<input type="radio"/> Difficultés occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<input type="radio"/> Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
Score 4	<input type="radio"/> Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

Commentaires :

AUTRES ASPECTS

Propreté diurne : non oui

Propreté nocturne : non oui

Encoprésie : non oui

Précisez :

Précisions si difficultés dans le comportement psycho-affectif (score ≥ 2)

Cochez le type de trouble :

- Domaine inhibition/anxiété
- Domaine opposition/provocation
- Domaine hyper kinésie/difficultés attentionnelles

Autres problèmes comportementaux ou psychologiques non oui

Décrire :

ASPECTS SENSORIELS

VISION

Score visuel |_|

Score 1	<input type="radio"/> Bonne vision de chaque œil et vision des reliefs normale <input type="radio"/> Fixation stable et poursuite oculaire normale sur chaque œil <input type="radio"/> Si trouble de réfraction : modéré, ne nécessitant pas de correction <input type="radio"/> Pas de gêne à l'occlusion
Score 2	<input type="radio"/> Exophorie intermittente <input type="radio"/> Trouble de réfraction nécessitant une correction <input type="radio"/> Si amblyopie : corrigée par les lunettes <input type="radio"/> Port de cache
Score 3	<input type="radio"/> Trouble de réfraction sévère d'au moins 1 œil <input type="radio"/> Amblyopie partiellement corrigée par les lunettes <input type="radio"/> Strabisme manifeste <input type="radio"/> Pas de vision binoculaire
Score 4	<input type="radio"/> Amblyopie bilatérale <input type="radio"/> Fixation absente ou très instable <input type="radio"/> Poursuite oculaire absente ou très limitée

- Si score ≥ 2 , précisez : Oeil Droit Oeil Gauche

Commentaire :

- Examen ophtalmologique récent avec skiascopie non oui
- Bilan orthoptique non oui

Résultat(s)

- Port de lunettes non oui

AUDITION

Score auditif |_|

Score 1	<input type="radio"/> Aucune anomalie ; si explorations : normales
Score 2	<input type="radio"/> Surdité unilatérale ou bilatérale légère (perte 21 à 40dB)
Score 3	<input type="radio"/> Surdité bilatérale moyenne (perte de 41 à 70 dB)
Score 4	<input type="radio"/> Surdité bilatérale sévère ou profonde (perte > 70 dB)

Commentaires :

.....

Si score ≥ 2 , précisez : Unilatérale droite Unilatérale gauche Bilatérale

Examen de l'audition par un ORL non oui

Commentaires :

.....

APPRECIATION GLOBALE DES PARENTS

Ce score concerne la perception des parents sur la qualité de vie familiale suite aux problèmes éventuels de leur enfant.

Score.....|_|

Score 1	<input type="radio"/> Tout va pour le mieux (si problèmes : bien acceptés et bien gérés)
Score 2	<input type="radio"/> Contraintes modérées / inquiétudes occasionnelles ayant globalement peu d'impact sur l'équilibre familial.
Score 3	<input type="radio"/> Inquiétude et contraintes importantes. <input type="radio"/> Impact notable sur la famille.
Score 4	<input type="radio"/> Impact très lourd, ayant totalement bouleversé la famille.

Commentaires :

* CONCLUSION DECISIONNELLE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Consultation(s) spécialisée(s) nécessaire(s) non oui

Si oui préciser (cocher) :

	Demandé le	Effectué le
Neuropédiatre		
Médecin de rééducation fonctionnelle		
Pédopsychiatre		
Psychologue		
Evaluation multidisciplinaire (suivi CAMSP)		
Ophthalmologue		
ORL standard		
ORL audiométrie		
Autre :		

Bilan(s) complémentaire(s) nécessaire(s) non oui

Si oui préciser (cocher) :

	Demandé le	Effectué le
Tests psychométriques		
Bilan orthophonique		
Bilan orthoptique		
Bilan psychomotricité		
Bilan ergothérapie		
Autre :		

Rééducation et soins nécessaire(s) non oui

Si oui préciser (cocher) :

	Demandé le	Débuté le	Achevé le
Kinésithérapie motrice			
Psychomotricité			
Orthophonie			
Orthoptie			
Ergothérapie			
Psychothérapie			
Education spécialisée			
Soin orthopédique ou appareillage			
Soins multidisciplinaires :			
CMP, CMPP			
CAMP			
SESSAD			
Autre :			
Autre :			

Aides sociales et allocations nécessaires non oui

Si oui préciser (cocher) :

	Fait	Non fait	NSP
Prise en charge à 100 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation journalière de présence parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AEEH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CMU / AME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sollicité le	Acquis le	NSP
Dossier MDPH			<input type="checkbox"/>

CONCLUSION ET POINTS A SURVEILLER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTES

(ATTENTION : Le champ « Notes » est unique pour tout le dossier et correspond à l'encart « Suivi »)

.....

.....

.....

Enfant à revoir pour le suivi réseau dans un délai de :

mois