

RÉSEAU GRANDIR EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

Livret de consultations De 3 mois à 24 mois

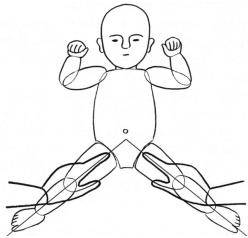


Version 2025

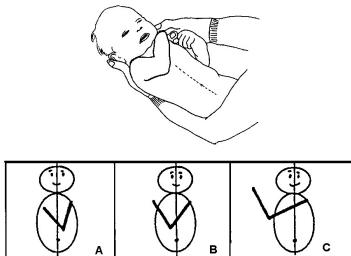
Réseau Grandir en Région Centre-Val de Loire
CHRU TOURS
2 boulevard Tonnellé, 37044 TOURS cedex 9
Téléphone : 02 47 47 88 90
Fax : 02 47 47 88 91
www.perinatalite-centre.fr

3 mois

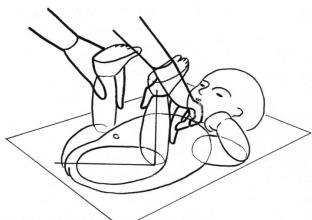
Fixation et poursuite visuelles



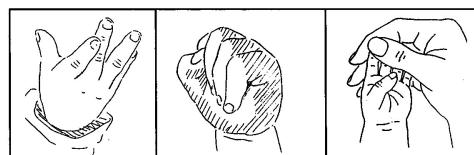
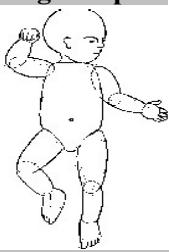
Mesure de l'angle des adducteurs



Foulard

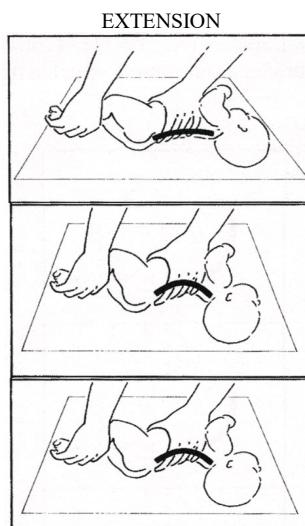


Angle Poplité



A B C Observation de la main

Réflexe tonique asymétrique du cou



Axe Corporel

Comparaison : En haut, flexion \geq extension.
 Au milieu, flexion < extension.
 En bas, amplitudes illimitées.

EXAMEN A 3 MOIS D'AGE CORRIGE - Médecin référent :

Date de la visite |_____|_____|_____| Date de naissance |_____|_____|_____| AG de naiss |_____|_____| SA.

Interrogatoire Age civil révolu |_____| mois. Age corrigé |_____|, |_____| mois, sem. Sexe M F

Mode de vie : Changement d'adresse

Nouveau téléphone :

Mode de Garde : Crèche Chez une Ass Mat Nourrice à domicile Parents Autres (institutions ...)

Allaitement maternel : oui exclusif oui mixte non

Pathologie observée depuis le dernier examen :

Nombre d'hospitalisation |_____| Motifs en clair :

Maladie pulmonaire chronique (O2 en continu, O2 la nuit, Corticothérapie, Beta plus pendant plus de 15 jours depuis la dernière CS) : OUI NON

Prophylaxie anti VRS faite ou prescrit : OUI NON

Autres pathologies prises en charge (eczéma, asthme, épilepsie, gastrostomie...) :

Aucune Dermatologique Neurologique Cardiaque

Digestif Orthopédique Autres : préciser :

Aucune prise en charge

Prise en charge en cours : Kiné Psychomotricité Psychologue Autre

Dossier MDPH : Proposé : OUI NON **Fait** : OUI NON

Dossier 100% : Proposé : OUI NON **Fait** : OUI NON

Famille : Est-ce que votre situation professionnelle ou familiale a changé ? OUI NON

- Nb d'enfants vivants au foyer y compris l'enfant suivi : |____|

- Mère vivant en couple : Non Avec le père de l'enfant Avec un autre conjoint

Niveau Professionnel	1 Agriculteur 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 3 Cadre ou profession intellectuelle sup 4 Profession intermédiaire 5 Employé 6 Ouvrier	Activité professionnelle	Mère ____ Père ____	1 Actif 2 Retraité 3 Au foyer 4 Congé parental	5 Chômeur 6 Elève, étudiant en formation 7 Autre inactif	Niveau d'études : (1 pas le bac, 2 Bac, 3 Etudes supérieures (Bac +2 et 3 4 Bac + 4 et plus)) Mère ____ Père ____ - A la CSS : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
----------------------	---	--------------------------	---------------------------	---	--	--

Eveil

- Sourit OUI NON Suit des yeux OUI NON Gazouille OUI NON Contact et interaction OUI NON

Examen sensoriel

Fonction auditive Paraît Normale

Réaction observée aux bruits ou à la voix : OUI NON

Tests diagnostiques (OEA ou PEA de dépistage) OUI NON

Réponse à D : présente absente A recontrôler

Réponse à G : présente absente A recontrôler

Atteinte suspectée 1

Atteinte confirmée (par ORL) 2

Prise en charge par ORL : OUI NON

Fonction visuelle (Si normale ne pas remplir la suite de la fonction visuelle)

Paraît Normale

Rétinopathie

- Droite |____|
- Gauche |____|

Trouble de la réfraction

OUI NON

Fixa. Et poursuite visuelles

Facile 0

Poursuite discontinue 1

Fixation absente 2

Nystagmus

Absent 0

Présent 2

Mouvements erratiques des globes oculaires

Présents 0

Absents 2

Strabisme

Absent 0

Présent 2

Port de lunettes

OUI NON

Prise en charge par ophtalmo

OUI NON

Observation

Motricité spontanée

Motricité Face

Expression Symétrique et variée 0

Insuffisante 1

Palais Aspect plat 0

Aspect ogival 1

Motricité membres

Volontaire spontanée Harmonieuse, variée 0

Insuffisante, stéréotypée 1

Quasi absente, très dysharmon. 2

Membres supérieurs

D G

Position en chandelier Absente 0 0

Présent fixée X X

Main

Mvts des doigts présents (A) 0 0

Main constamment fermée (B) 1 1

Pouce inactif (C) 2 2

Examen du tonus passif

Membres inférieurs

Angle des adducteurs	≥ 40	0
D+G	≤ 30	1
	Aucune résistance	2
Asymétrie	D>G	□
	G>D	□

Angle poplité

≥ 80 0 0

< 70 1 1

Aucune résistance 2 2

Axe corporel		
Extension dorsale	Absente ou minime	0
	Modérée	0
	Majeure (opisthotonus)	2
Flexion ventrale	Modérée	0
	Absente ou minime	1
	Illimitée (poupée chiffon)	2
Comparaison des Incurvations	Flexion > Extension	0
	Flexion < Extension	1
	Flexion & Extension excessives	2

Membres Supérieurs		D	G
Mancœuvre du foulard			
Normale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotonie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparaison des Hémicorps D & G	Pas d'asymétrie	0	
	Asymétrie	1	
	Côté le plus tonique	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>

Examen des réflexes

		D	G
Rotulien	Normal	0	0
	Très vif	1	1
	Très vif + clonies	2	2
	Absent	2	2
Marche automat.	Présente	0	
	Absente	2	
Réflexe tonique	Oui, présent	<input type="checkbox"/>	
Asymtr. Du cou	Non	<input type="checkbox"/>	

Succion	Présente	0
	Insuffisante	1
	Absente	2
Moro	Présent	0
	Absent	2*
Agrippement	Présent	0
	Absent	2

Anomalies qualitatives de la motricité grossière et déformations

Maintien de la tête	Absence d'anomalie	<input type="checkbox"/>
En arrière de l'axe	Menton pointant vers l'avant, tête arrière de l'axe	<input type="checkbox"/>
Contrôle de la tête	Absence d'anomalie	<input type="checkbox"/>
Sensible à la fatigue	Présence de fatigue	<input type="checkbox"/>
Station debout	Réponse à l'appui au sol adéquate	<input type="checkbox"/>
	Présence d'une réponse excessive (opisthotonus)	<input type="checkbox"/>
Positionnement des membres inférieurs en ciseaux :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Contrôle de la tête	
Présent à 3 mois d'âge corrigé	<input type="checkbox"/>
Non présent	<input type="checkbox"/>

Poids : |_____| . Kg Taille : |_____| cm PC |_____|, |_____| cm

Vécu familial (retentissement sur la famille)

Vécu familial abordé au cours de la consultation

Impression générale

- 1- Sans retentissement
- 2- Retentissement mineur
- 3- Retentissement important
- 4- Retentissement majeur

Préconisation d'une prise en charge

Prise en charge déjà en cours

Pas de nécessité de prise en charge

IRM cérébrale depuis la sortie OUI NON

Date: |_____| Indication: Normale OUI NON

Si non, résultats

D G

HIV II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LPV non cavitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV III - HIV IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LPV cavitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lésions des noyaux gris centraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventriculomégalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lésions punctuées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésions cervelet (hémorragie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres :		

Comportement au cours de l'examen : Adapté Enfant trop calme Pleurs fréquents Enfant inconsolable

Synthèse indispensable

Cet enfant va bien, rien ne m'inquiète, pas de difficulté de développement

Difficultés de développement possibles

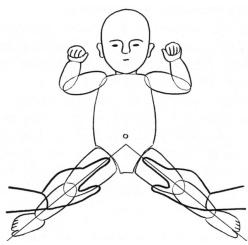
Difficultés de développement certaines

Quelques mots obligatoires pour préciser

Orientation PCO <input type="checkbox"/>
Orientation et prise en charge Aucune <input type="checkbox"/>

	Fait ou en cours	A mettre en place	Nom du Professionnel Qui prend en charge	Arrêt
Kiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthoptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CS médicale spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ophthalmologiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orientation vers un service spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

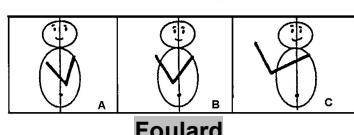
9 mois



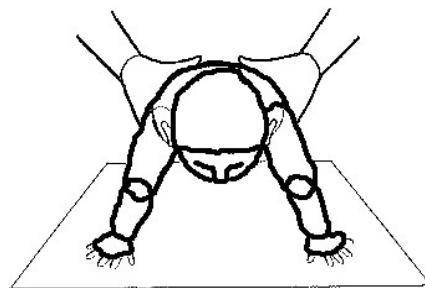
Mesure de l'angle des adducteurs



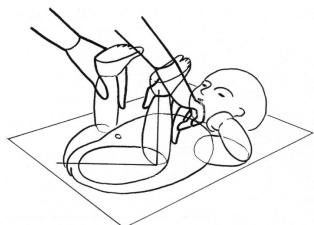
Mesure de l'angle de dorsiflexion du pied



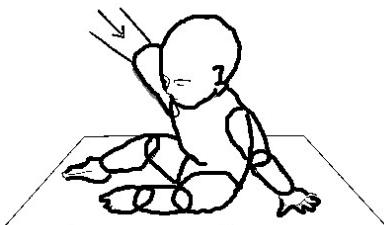
Foulard



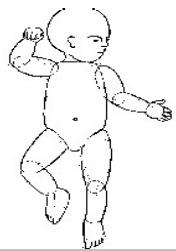
Parachute antérieur



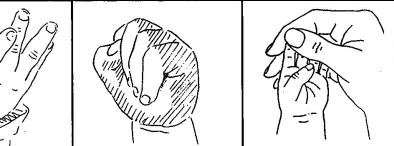
Angle Poplité



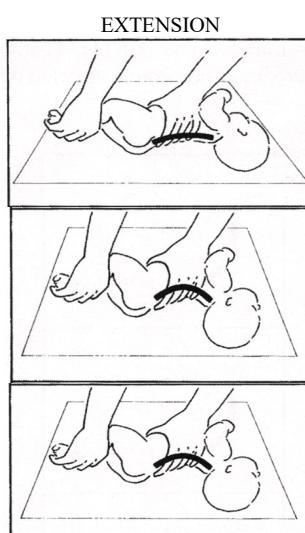
Réaction à la poussée latérale



Réflexe tonique asymétrique du cou



A B C
Observation de la main



Axe Corporel

Comparaison : En haut, flexion \geq extension.
Au milieu, flexion $<$ extension.
En bas, amplitudes illimitées.

EXAMEN A 9 MOIS D'AGE CORRIGÉ - Médecin référent : _____

Date de la visite |_____| Date de naissance |_____| AG de naiss |____|, |____| SA.
Interrogatoire Age civil révolu |____| mois. Age corrigé |____|, |____| mois, sem.

Mode de vie : Changement d'adresse En clair :

Discussion autour de la prévention des écrans (télé, smartphone, tablette, jeux vidéo) OUI NON

Mode de Garde : Crèche Chez une Ass Mat Nourrice à domicile Parents Autres (institutions ...)

Pathologie observée depuis le dernier examen :

Nombre d'hospitalisation |____| Motifs en clair :

Maladie pulmonaire chronique (O2 en continu, O2 la nuit, Corticothérapie, Beta plus pendant plus de 15 jours depuis la dernière CS) : OUI NON

Prophylaxie anti-VRS faite : OUI NON

Autres pathologies prises en charge (eczéma, asthme, épilepsie, gastrostomie...) :

Aucune Dermatologique Neurologique Cardiaque

Digestif Orthopédique Autres : préciser :

Aucune prise en charge	Prise en charge en cours : Kiné <input type="checkbox"/> Psychomotricité <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---

Dossier MDPH : Proposé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Fait : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
------------------------	--

Dossier 100% : Proposé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Fait : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
------------------------	--

Famille : Est-ce que votre situation professionnelle ou familiale a changé ? OUI NON

- Nb d'enfants vivants au foyer y compris l'enfant suivi : : |____|

- Mère vivant en couple : Non Avec le père de l'enfant Avec un autre conjoint

Niveau Professionnel	1 Agriculteur 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 3 Cadre ou profession intellectuelle sup 4 Profession intermédiaire 5 Employé 6 Ouvrier	Activité professionnelle	Niveau d'études : (1 pas le bac, 2 Bac, 3 Etudes supérieures (Bac +2 et 3 4 Bac + 4 et plus)) Mère ____ Père ____ - A la CSS : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mère ____ Père ____	Mère ____ Père ____	1 Actif 2 Retraité 3 Au foyer 4 Congé parental	5 Chômeur 6 Elève, étudiant en formation 7 Autre inactif

Éveil

- Répète 2 syllabes identiques	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	- Prend un objet dans chaque main	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Porte à la bouche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	- Retire (serviette, lunette...) en position assise	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Examen sensoriel

Fonction visuelle (Si normale ne pas remplir la suite de la fonction visuelle)	Paraît Normale <input type="checkbox"/>	Fixa. Et poursuite visuelles	Facile 0 Poursuite discontinue 1 Fixation absente 2
Prise en charge par ophtalmo	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nystagmus	Absent 0
Trouble de la réfraction	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Présent 2
Port de lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Mouvements erratiques	Absents 0	Strabisme	Absent 0
Des globes oculaires	Présents 2		Présent 2

Fonction auditive	Paraît Normale <input type="checkbox"/>	Prise en charge par ORL :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Atteinte suspectée	1 <input type="checkbox"/>		
Atteinte confirmée (par ORL)	2 <input type="checkbox"/>		

Observation

Motricité Face	Expression symétrique et variée	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Motricité Membres
Membres supérieurs	Position en chandeliers	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Volontaire spontanée
Main	Mvts des doigts présents Main constamment fermée Pouce inactif	D 0 G 0 D 2 G 2	Harmonieuse, variée 0 Insuffisante, disharmonique 1 Quasi absente 2
			Motricité fine
			Pince droite pouce-index OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Pince gauche pouce-index OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Examen du tonus passif

Membres inférieurs	Angle des adducteurs	≥ 100 0 80-100 1 ≤70 ou aucune résist. 2	Angle poplité	≥ 100 0 90 - 100 1 ≤80 ou aucune résist. 2	D G
	Asymétrie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
	D>G G>D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Dorsiflexion lente pied	D	Dorsiflexion rapide pied	D	G
	≤80 80-110 >110	0 0 1 1 2 2	Identique à dorsiflexion lente Stretch phasique Stretch tonique	0 0 1 1 2 2	

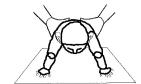
Axe corporel			Membres Supérieurs		
Extension dorsale	Absente ou minime	0	Manceuvre du foulard	D	G
	Modérée	0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Majeure (opisthotonus)	2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexion ventrale	Modérée	0	Hypotonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absente ou minime	1	Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Illimitée (poupée chiffon)	2			
Comparaison des Incrvations	Flexion>Extension	0	Comparaison des Hémicorps D & G	Pas d'asymétrie	0
	Flexion<Extension	1		Asymétrie	1
	Flexion & Extension excessives	2		Coté le plus tonique	D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>

Examen des réflexes

Réflexe rotulien	Normal	0	0	Réflexe tonique asymtr du cou	Présent, évident	2
	Très vif	1	1		Absent	0
	Très vif + clonies	2	2			
	Absent	2	2			

Réactions de protection

Poussée latérale en station assise	Présente	0	Parachute antérieur	Présent	0
	Absente	X			



Anomalies qualitatives de la motricité grossière et déformations

Station assise	Acquise avant 9 mois	0	Contrôle de la tête acquis	
	Non acquise avec échec en avant (hypotonie globale)	1	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Non acquise avec échec en arrière (hypertonie des extenseurs)	2		
Station debout	Réponse à l'appui au sol adéquate	0	Se déplace (rampe, 4 pattes)	
	Réponse excessive (opisthotonus)	2	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Réponse insuffisante	2		
Positionnement des membres inférieurs en ciseaux : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

Poids : |_____|. Kg **Taille** : |_____| cm **PC** |_____|, |__| cm

Vécu familial (retentissement sur la famille)

Vécu familial abordé au cours de la consultation

Impression générale

- 1- Sans retentissement
- 2- Retentissement mineur
- 3- Retentissement important
- 4- Retentissement majeur

Préconisation d'une prise en charge

Prise en charge déjà en cours

Pas de nécessité de prise en charge

Synthèse indispensable

- Cet enfant va bien, rien ne m'inquiète, pas de difficulté de développement
- Difficultés de développement possibles
- Difficultés de développement certaines

Comportement au cours de l'examen Adapté Enfant trop calme Pleurs excessifs

Quelques mots obligatoires pour préciser

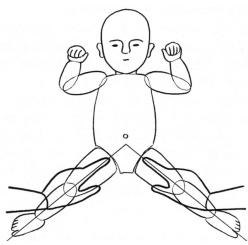
Orientation PCO <input type="checkbox"/>
--

Orientation et prise en charge

Aucune

	Fait ou en cours	A mettre en place	Nom du Professionnel qui prend en charge	Arrêt
Kiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthoptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CS médicale spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ophtalmologiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orientation vers un service spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

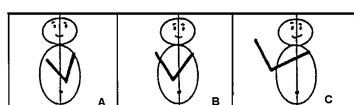
12 mois



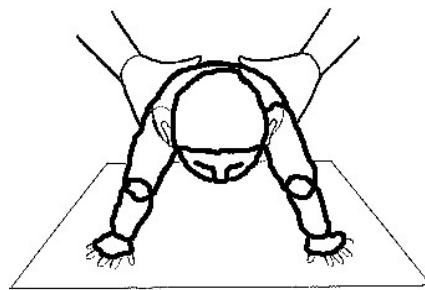
Mesure de l'angle des adducteurs



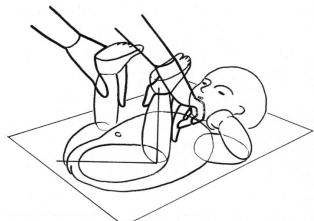
Mesure de l'angle de dorsiflexion du pied



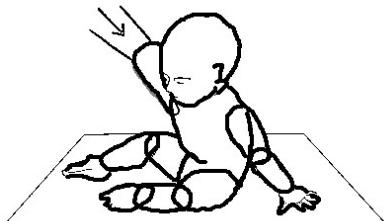
Foulard



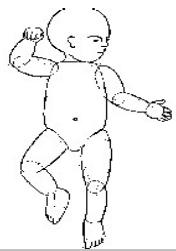
Parachute antérieur



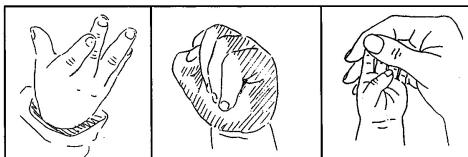
Angle Poplité



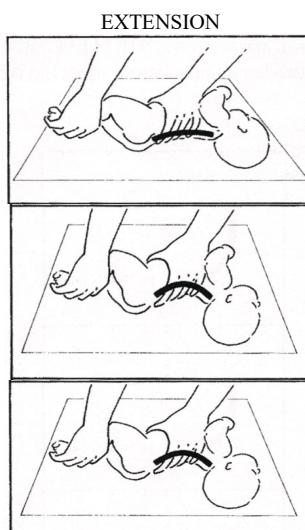
Réaction à la poussée latérale



Réflexe tonique asymétrique du cou



A B C
Observation de la main



Axe Corporel

Comparaison : En haut, flexion \geq extension.
Au milieu, flexion < extension.
En bas, amplitudes illimitées.

EXAMEN A 12 MOIS D'AGE CORRIGE

Médecin référent : _____

Date de la visite |_____|_____|_____| Date de naissance |_____|_____|_____| AG de naiss |____| SA.

Interrogatoire

Age civil révolu |____| mois.

Age corrigé |____|, |__| mois, sem.

Mode de vie : Changement d'adresse En clair :

Discussion autour de la prévention des écrans (télé, smartphone, tablette, jeux vidéo) OUI NON

Mode de Garde : Crèche Chez une Ass Mat Nourrice à domicile Parents Autres (institutions ...)

Pathologie observée depuis le dernier examen :

Nombre d'hospitalisation |____| Motifs en clair :

Maladie pulmonaire chronique (O2 en continu, O2 la nuit, Corticothérapie, Beta plus pendant plus de 15 jours depuis la dernière CS) : OUI NON

Prophylaxie anti-VRS faite : OUI NON

Autres pathologies prises en charge (eczéma, asthme, épilepsie, gastrostomie...) :

Aucune Dermatologique Neurologique Cardiaque

Digestif Orthopédique Autres : préciser :

Aucune prise en charge **Prise en charge en cours** : Kiné Psychomotricité Psychologue Autre

Dossier MDPH : Proposé : OUI NON Fait : OUI NON

Dossier 100% : Proposé : OUI NON Fait : OUI NON

Famille : Est-ce que votre situation professionnelle ou familiale a changé ? OUI NON

- Nb d'enfants vivants au foyer y compris l'enfant suivi : |____|

- Mère vivant en couple : Non Avec le père de l'enfant Avec un autre conjoint

Niveau Professionnel	Activité professionnelle	Niveau d'études :
1 Agriculteur		(1 pas le bac, 2 Bac, 3 Etudes supérieures (Bac +2 et 3 Bac + 4 et plus))
2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise		Mère ____ Père ____
3 Cadre ou profession intellectuelle sup	1 Actif	5 Chômeur
4 Profession intermédiaire	2 Retraité	6 Elève, étudiant en formation
5 Employé	3 Au foyer	7 Autre inactif
6 Ouvrier	4 Congé parental	
		- A la CSS : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Eveil

- Obéit à un ordre accompagné d'un geste OUI NON - Met un cube dans un récipient (à faire) OUI NON

- Papa, maman OUI NON - Recherche du regard l'objet tombé OUI NON

Examen sensoriel

Fonction visuelle (Si normale ne pas remplir la suite de la fonction visuelle)	Paraît Normale <input type="checkbox"/>	Fixa et poursuite visuelles	Facile 0
			Poursuite discontinue 1
			Fixation absente 2
Prise en charge par ophtalmo	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nystagmus	Absent 0
Trouble de la réfraction	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Présent 2
Port de lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Strabisme	Absent 0
Mouvements erratiques	Absents <input type="checkbox"/>		Présent 2
Des globes oculaires	Présents <input type="checkbox"/>		
Fonction auditive	Paraît Normale <input type="checkbox"/>	Prise en charge par ORL :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Atteinte suspectée	1 <input type="checkbox"/>		
Atteinte confirmée (par ORL)	2 <input type="checkbox"/>		

Observation

Motricité Face		Motricité Membres	
Expression	Symétrique et variée 0 Insuffisante 1	Volontaire spontanée	Harmonieuse, variée 0 Insuffisante, dysharmonique 1 Quasi absente 2
		Motricité fine	
			Pince pouce-index (D) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pince pouce-index (G) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Membres supérieurs		Main	Mvts des doigts présents Main constamment fermée Pouce inactif
Position en chandelier	Absent <input type="checkbox"/> Présent fixé <input type="checkbox"/>		D G 0 0 2 2 2 2

Examen du tonus passif

Membres inférieurs			Angle poplité			D	G
Angle des adducteurs	≥ 100	0	≥ 110	0	0	0	0
	80-100	1	90 - 100	1	1	1	1
	≤ 70 ou aucune résist.	2	≤ 80 ou aucune résist.	2	2	2	2
Asymétrie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>					
D>G	<input type="checkbox"/>						
G>D	<input type="checkbox"/>						
Dorsiflexion lente pied	D	G	Dorsiflexion rapide pied	D	G		
≤ 80	0	0	Identique à dorsiflexion lente	0	0		
90-110	1	1	Stretch phasique	1	1		
>110	2	2	Stretch tonique	2	2		

Axe corporel			Membres Supérieurs		
Extension dorsale	Absente ou minime	0	Mancœuvre du foulard	D	G
	Modérée	0	Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Majeure (opisthotonus)	2	Hypotonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexion ventrale	Modérée	0	Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absente ou minime	1			
	Illimitée (poupée chiffon)	2			
Comparaison des Incravaturas	Flexion > Extension	0	Comparaison des Hémicorps D & G	Pas d'asymétrie	0
	Flexion < Extension	1		Asymétrie	1
	Flexion & Extension excessives	2		Côté le plus tonique	D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>

Examen des réflexes

Réflexe rotulien	Normal	0	0	Réflexe tonique asymétr. Du cou	Présent, évident	2
	Très vif	1	1		Absent	0
	Très vif + clonies	2	2			
	Absent	2	2			
Réactions de protection				Parachute antérieur	Présent	0
Poussée latérale en station assise	Présente	0			Absente	X
	Absente	X				

Anomalies qualitatives de la motricité grossière et déformations

Station assise	Acquise avant 9 mois	0	Contrôle de la tête acquis
	Acquise après 9 mois	1	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Non acquise		
	Avec échec en avant (hypotonie globale)	2	
	Avec échec en arrière (hypertonie des extenseurs)	3	
Station debout	Réponse à l'appui au sol adéquate	0	Se déplace (rampe, 4 pattes)
	Réponse excessive (opisthotonus)	2	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Réponse insuffisante	2	
Positionnement des membres inférieurs en ciseaux : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Marche autonome	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Se met debout Non <input type="checkbox"/>
Si oui, à quel âge corrigé (en mois) _____			Seul avec appui <input type="checkbox"/> Seul sans appui <input type="checkbox"/>
Poids : _____ . Kg	Taille : _____ cm	PC _____ , __ cm	

Comportement au cours de l'examen Adapté Enfant trop calme Pleurs excessifs

Vécu familial (retentissement sur la famille)

Vécu familial abordé au cours de la consultation <input type="checkbox"/>	Préconisation d'une prise en charge <input type="checkbox"/>
Impression générale	Prise en charge déjà en cours <input type="checkbox"/>
1- Sans retentissement <input type="checkbox"/>	Pas de nécessité de prise en charge <input type="checkbox"/>
2- Retentissement mineur <input type="checkbox"/>	
3- Retentissement important <input type="checkbox"/>	
4- Retentissement majeur <input type="checkbox"/>	

TSVP (pour Fiche de synthèse)

Feuille de synthèse à 12 mois AC

Synthèse indispensable :

- Cet enfant va bien, rien ne m'inquiète, pas de difficulté de développement
- Difficultés de développement possibles
- Difficultés de développement certaines

Préciser
.....

- Anomalies Motrices :**
- NON
 - Suspectées
 - Certaines

Si suspectées ou certaines :

- spastique (hypertonie, ROT vifs, spasticité)
- Dyskinétique (rigidité mouvements anormaux)
- Ataxique (hypotonie, chutes)

- Topographie :**
- Diplégie
 - Quadriplégie
 - Hémiplégie

- Anomalies Cognitives** (Éveil)
- NON
 - Suspectées
 - Certaines

- Anomalies Sensorielles

- | | |
|---|--|
| Anomalies visuelles | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> DROITE <input type="checkbox"/> GAUCHE | <input type="checkbox"/> Anomalies légères (avec port de lunettes et suivi ophtalmologique) |
| | <input type="checkbox"/> Anomalies sévères (avec suivi dans une structure spécialisée en basse vision) |
| Anomalies auditives | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> DROITE <input type="checkbox"/> GAUCHE | <input type="checkbox"/> Anomalies légères |
| | <input type="checkbox"/> Anomalies sévères (appareillage auditif) |

- Anomalies Psychologiques (relation, comportement, TED ...)

- NON
- Suspectées
- Certaines

Orientation PCO

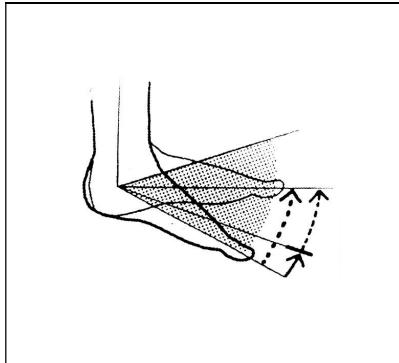
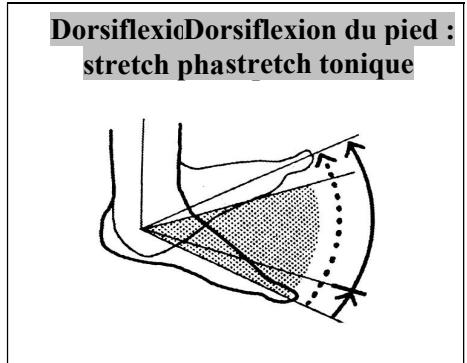
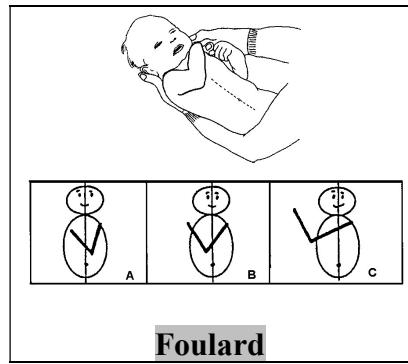
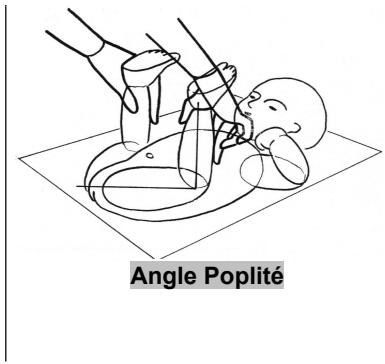
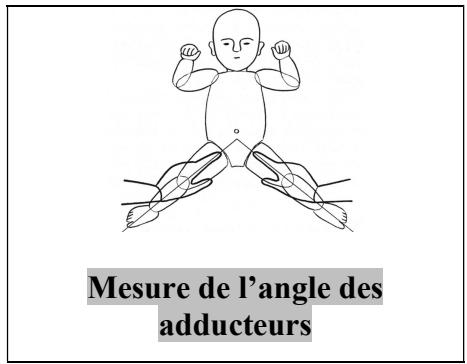
Orientation et prise en charge Aucune

	Fait ou en cours	A mettre en place	Nom du Professionnel qui prend en charge	Arrêt
Kiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthoptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CS médicale spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ophthalmodogiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orientation vers un service spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

L'étiologie des difficultés de développement est liée pour vous :

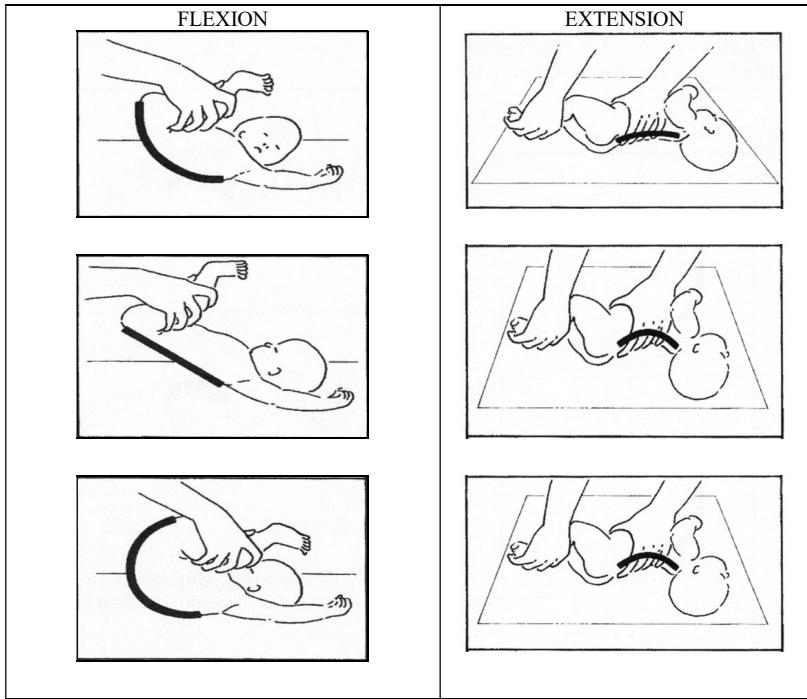
Au motif d'inclusion A une pathologie autre A un facteur externe (environnement)
 Autre :

18 mois



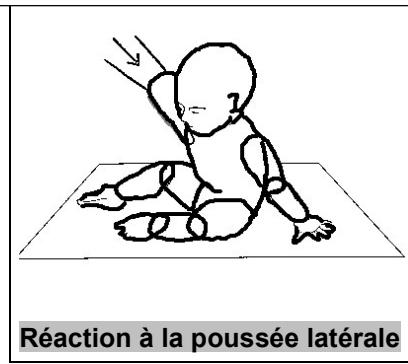
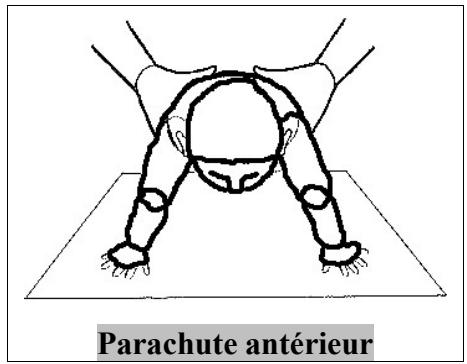
Age moyen de réalisation

Met perle dans bouteille	: 15M
Vide bouteille	: 18M
Met bouchon sur bouteille	: 18-20M
Met rond au bon emplacement	: 15M
S'adapte au retournement	: 18M
Met les 3 morceaux	: 24M
Met cube l'un sur l'autre	: 15M
Fait tour de $\frac{3}{4}$ cubes	: 18M



Axe Corporel

Comparaison : En haut, flexion \geq extension.
Au milieu, flexion < extension.
En bas, amplitudes illimitées.



EXAMEN A 18 MOIS D'AGE CORRIGÉ - Médecin référent : _____

Date de la visite |_____|_____|_____| Date de naissance |_____|_____|_____| AG de naiss |____| SA.

Interrogatoire

Age civil révolu |____| mois.

Age corrigé |____|, |____| mois, se

Mode de vie : Changement d'adresse En clair :

Discussion autour de la prévention des écrans (télé, smartphone, tablette, jeux vidéo) OUI NON

Mode de Garde : Crèche Chez une Ass Mat Nourrice à domicile Parents Autres (institutions ...)

Pathologie observée depuis le dernier examen :

Nombre d'hospitalisation |____| Motifs en clair :

Aucune Dermatologique Neurologique Cardiaque
Digestif Orthopédique Autres : préciser :

Maladie pulmonaire chronique (O2 en continu, O2 la nuit, Corticothérapie, Beta plus pendant plus de 15 jours depuis la dernière CS) : OUI NON

Autres pathologies prises en charge (eczéma, asthme, épilepsie, gastrostomie...) :

Aucune Dermatologique Neurologique Cardiaque
Digestif Orthopédique Autres : préciser :

Aucune prise en charge <input type="checkbox"/>	Prise en charge en cours : Kiné <input type="checkbox"/> Psychomotricité <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
	Dossier MDPH : Proposé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Fait : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Dossier 100% : Proposé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Fait : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Famille : Est-ce que votre situation professionnelle ou familiale a changé ? OUI NON

- Nb d'enfants vivants au foyer y compris l'enfant suivi : |____|

- Mère vivant en couple : Non Avec le père de l'enfant Avec un autre conjoint

Niveau Professionnel Mère ____ Père ____	1 Agriculteur 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 3 Cadre ou profession intellectuelle sup 4 Profession intermédiaire 5 Employé 6 Ouvrier	Activité professionnelle Mère ____ Père ____	1 Actif 2 Retraité 3 Au foyer 4 Congé parental	5 Chômeur 6 Elève, étudiant en formation 7 Autre inactif	Niveau d'études : (1 pas le bac, 2 Bac, 3 Etudes supérieures (Bac +2 et 3 4 Bac + 4 et plus)) Mère ____ Père ____
- A la CSS : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					

Evaluation cognitive Coordination visuo-motrices

<u>Test flacon avec perle</u>	Met perle dans la bouteille..... Vide la bouteille	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR
	Met bouchon sur bouteille	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR
<u>Test de la planche avec encastrement</u>	Met rond au bon emplacement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR
	S'adapte au retournement de la planche pour le rond	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR
<u>Test des cubes</u>	Met les 3 morceaux dans la planche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR
	Met cube l'un sur l'autre	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR
	Fait une tour de 3-4 cubes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR

Examen sensoriel

Fonction visuelle (Si normale ne pas remplir la suite de la fonction visuelle)	Paraît Normale <input type="checkbox"/>	Fixa et poursuite visuelles
		Facile 0 Poursuite discontinue 1 Fixation absente 2
Prise en charge par ophtalmo	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nystagmus Absent 0 Présent 2
Trouble de la réfraction	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Port de lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Strabisme Absent 0 Présent 2

Fonction auditive	Paraît Normale <input type="checkbox"/>	
Déficit modéré	1 <input type="checkbox"/>	Prise en charge par ORL : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Déficit sévère	2 <input type="checkbox"/>	

Examen du tonus musculaire

Membres inférieurs		
Angle des adducteurs	≥ 110 0 80-100 1 ≤ 70 ou aucune résist. 2	Angle poplité ≥ 110 0 90 - 100 1 ≤ 80 ou aucune résist. 2
Asymétrie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	D>G <input type="checkbox"/> G>D <input type="checkbox"/>	
Dorsiflexion lente pied	D	G
	≤80 0 90-100 1 ≥ 110 2	Identique à dorsiflexion lente 0 Stretch phasique 1 Stretch tonique 2

Examen des réflexes

Réflexe rotulien	Normal	0	0	Comparaison des hémicorps D & G	
	Très vif	1	1	Pas d'asymétrie	0
	Très vif + clonies	2	2	Hémicorps D + tonique	1
	Absent	2	2	Hémicorps G + tonique	1
Réactions de protection					
Poussée latérale en station assise	Présente	0	0	Parachute antérieur	Présent 0
	Absente	2	2		Absente 1
					0
					1

Evaluation de la marche

Se met-il debout (une seule réponse) ? NON OUI seul sans appui OUI seul avec appui

Marche-t-il seul sans aide ? OUI NON

Age d'acquisition |_____| (âge corrigé)

- Avec marche normale

- Avec marche anormale

Cause neurologique

Autre cause

A votre avis pourquoi marche non acquise :

.....

A votre avis pourquoi marche anormale :

.....

Poids : |_____|. Kg **Taille** : |_____| cm **PC** |_____|, |__| cm

Comportement au cours de l'examen : Adapté Inhibé Hyperactif Agressif Fuyant

Vécu familial :

Persistante du retentissement sur la famille

1- Préconisation d'une prise en charge

2- Prise en charge déjà en cours

Questionnaire CHAT

SECTION A-en demandant aux parents « est-ce que votre enfant »

1. Sait faire semblant, par ex de jouer à la dinette, ou autre chose ? O N NR

2. Utilise son index pour manifester son intérêt pour quelque chose ? O N NR

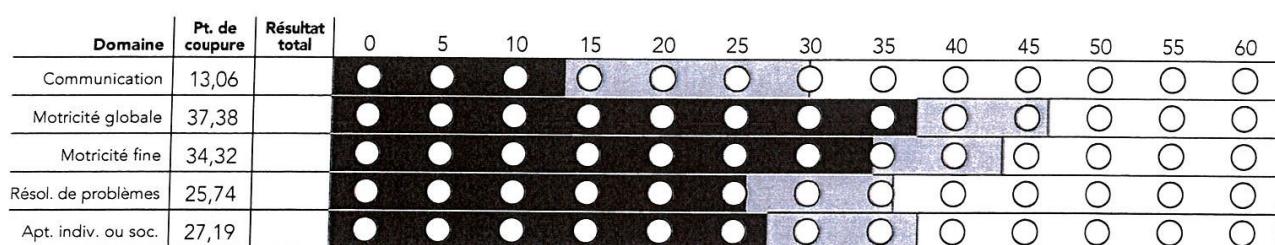
SECTION B-en observant l'enfant pendant la consultation

1. Lorsque vous avez attiré l'attention de l'enfant puis montré du doigt un objet intéressant dans la pièce en disant « oh regarde, il y a un (nom de l'objet) » : observez le visage de l'enfant et si celui-ci porte son regard vers l'objet désigné (l'objet pas votre main) L'enfant a-t-il porté son regard vers l'objet ? O N

2. Lorsque vous avez attiré l'attention de l'enfant sur les éléments d'une dinette (ou d'un autre jeu) et lui avez demandé « est ce que tu peux faire quelque chose à boire ou à manger » ? Observez si l'enfant fait semblant de verser, de boire... L'enfant a-t-il fait semblant de... ? O N

3. Lorsque vous dites à l'enfant « où est la lumière ? » ou « montre-moi la lumière », observez si l'enfant pointe son index vers la lumière. Vous pouvez essayer avec un autre objet non atteignable (la réponse est positive seulement si l'enfant regarde votre visage au moment où il pointe l'index : c'est la marque d'une attention conjointe) L'enfant a-t-il regardé votre visage en pointant l'index ? O N

Questionnaire ASQ Rempli Oui Non Sinon pourquoi : _____



Feuille de synthèse à 18 mois AC

Synthèse indispensable :

- Cet enfant va bien, rien ne m'inquiète, pas de difficulté de développement
- Difficultés de développement possibles
- Difficultés de développement certaines

Préciser

- Anomalies Motrices :

- NON
- Suspectées
- Certaines

Si suspectées ou certaines :

- spastique (hypertonie, ROT vifs, spasticité)
- Dyskinétique (rigidité mouvements anormaux)
- Ataxique (hypotonie, chutes)

- Topographie :

- Diplégie
- Quadriplégie
- Hémiplégie

- Anomalies Cognitives (Intellectuel, mental, apprentissages)

- NON
- Suspectées (mauvaise impression clinique)
- Certaines (ASQ Résolution problème < 25 et/ou ASQ Motricité fine < 25)

- Anomalies Sensorielles

Anomalies visuelles

- DROITE GAUCHE
- NON
- Anomalies légères (avec port de lunettes et suivi ophtalmologique)
- Anomalies sévères (avec suivi dans une structure spécialisée en basse vision)

Anomalies auditives

- DROITE GAUCHE
- NON
- Anomalies légères
- Anomalies sévères (appareillage auditif)

- Anomalies Psychologiques (relation, comportement, TED ...)

- NON
- Légères (difficultés au questionnaire vie quotidienne ou au CHAT avec moins de 2 items Gras cochés)
- Sévères (troubles psychiatriques ou au CHAT 2 items ou plus en gras cochés « non »)

- Anomalies du Langage

- NON
- Légères (ASQ communication entre 35 et 45)
- Sévères (ASQ communication < 35)

Orientation PCO

Orientation et prise en charge Aucune

	Fait ou en cours	A mettre en place	Nom du Professionnel qui prend en charge	Arrêt
Kiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthoptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CS médicale spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ophthalmologiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orientation vers un service spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

L'étiologie des difficultés de développement est liée pour vous :

Complication de la prématurité Pathologie autre (respi, génétique, cardio...)

Facteur externe (Relationnel) Autre :

Questionnaire ASQ

- Questionnaire envoyé à la famille avant la consultation (3 mois avant la date prévue de consultation)
- Lors de la consultation, remplir avec les parents les questions restées sans réponse
- Saisir les réponses sur la base de données.
- La cotation est faite automatique et donne un score par item.
- Examinez les cercles noircis pour chaque sphère :
 - o Si la cote se trouve dans une zone blanche, la performance de l'enfant pour ce type d'activités est normale à cette étape de son développement
 - o Si la cote se trouve dans une zone noire, veuillez consulter un professionnel de la santé. Un examen plus approfondi peut être nécessaire

Questionnaire 18 mois

De 17 mois 0 jour
à 18 mois 30 jours

Vous trouverez dans les pages suivantes des questions portant sur les activités des enfants. Votre petite fille ou votre petit garçon peut déjà en faire certaines. Par contre, il y en a d'autres que votre enfant n'a pas encore commencé à faire. À chaque question, veuillez cocher la case appropriée, selon que votre enfant fait l'activité souvent, parfois ou pas encore.

Points importants à se rappeler :

- Assurez-vous d'essayer chacune des activités avec votre enfant avant de cocher la case appropriée.
- Essayez de faire de ce questionnaire un jeu amusant pour vous et votre enfant.
- Assurez-vous que votre enfant soit reposé, nourri et prêt à jouer.
- S'il vous plaît, retournez ce questionnaire à _____.

Notes :

À cet âge, plusieurs enfants peuvent ne pas collaborer lorsqu'on leur demande de faire des activités. Il peut être nécessaire que vous essayiez des activités avec votre enfant plus d'une fois. Si possible, essayez les activités lorsque votre enfant est coopératif. Si votre enfant peut faire l'activité mais refuse de s'exécuter, indiquez « oui » pour l'item.

COMMUNICATION

OUI PARFOIS PAS ENCORE

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Lorsque votre enfant veut quelque chose, est-ce qu'il vous le dit en le <i>montrant du doigt</i> ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. Lorsque vous lui demandez, est-ce que votre enfant va dans une autre pièce pour chercher un jouet ou un objet familier ? (<i>Vous pouvez lui demander « Où est ton ballon ? » ou dire « Apporte-moi ton manteau ! » ou « Va chercher ta couverture ! »</i>) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Est-ce que votre enfant dit huit mots ou davantage en plus de « Maman » et de « Papa » ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Est-ce que votre enfant répète une phrase de deux mots ? Par exemple, quand vous dites une phrase de deux mots telle que « Maman mange », « Papa joue » ou « Auto partie ! », est-ce que votre enfant répète ces deux mots après vous ? (<i>Cochez « oui » même si les mots de votre enfant sont difficiles à comprendre.</i>) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Sans lui montrer, est-ce que votre enfant <i>montre du doigt</i> la bonne image lorsque vous lui dites, « Montre-moi le petit chat ! » ou « Où est le chien ? » ? (<i>Votre enfant a seulement besoin d'identifier une image.</i>) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

COMMUNICATION (suite)

OUI PARFOIS PAS ENCORE

6. Est-ce que votre enfant dit deux ou trois mots qui représentent différentes idées ensemble : « Viens voir chien ! », « Maman maison ! » ou « Auto partie ! » ? (*Ne comptez pas les combinaisons de mots qui correspondent à une seule idée comme « Bye-bye ! », « Plus là ! », « Très bien ! » et « C'est quoi ? ».*) S'il vous plaît, donnez un exemple des combinaisons de mots que fait votre enfant :

TOTAL POUR LA COMMUNICATION —

MOTRICITÉ GLOBALE

OUI PARFOIS PAS ENCORE

1. Est-ce que votre enfant se penche ou s'accroupit pour prendre un jouet par terre, puis se relève sans aucun soutien ? —
2. Est-ce que votre enfant se déplace en marchant plutôt qu'en rampant avec ses mains et ses genoux ? —
3. Est-ce que votre enfant marche correctement, en ne tombant que rarement ? —
4. Est-ce que votre enfant grimpe sur un objet comme une chaise pour atteindre quelque chose qu'il désire (par exemple, pour prendre un jouet sur le comptoir ou pour vous « aider » dans la cuisine) ? —
5. Est-ce que votre enfant descend un escalier si vous tenez l'une de ses mains ? Il peut se tenir à la rampe ou au mur. (*Vous pouvez observer ceci au magasin, au terrain de jeux ou à la maison.*) —
6. Lorsque vous montrez à votre enfant comment donner un coup de pied dans un gros ballon, est-ce qu'il essaie de donner un coup de pied dans le ballon en déplaçant sa jambe vers l'avant ou en frappant le ballon tout en marchant ? (*Si votre enfant donne déjà un coup de pied dans un ballon, cochez « oui ».*) 

TOTAL POUR LA MOTRICITÉ GLOBALE —

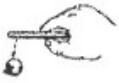
MOTRICITÉ FINE

1. Est-ce que votre enfant lance une petite balle en projetant son bras en avant ? (*S'il laisse simplement tomber la balle, cochez « pas encore ».*)
- 
2. Est-ce que votre enfant empile un petit cube ou un petit jouet sur un autre ? (*Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou des jouets mesurant environ 2,5 cm.*)
3. Est-ce que votre enfant fait une marque sur une feuille de papier avec l'extrémité d'un crayon (ou un stylo) en essayant de dessiner ?
- 
4. Est-ce que votre enfant empile trois petits cubes ou trois petits jouets les uns sur les autres par lui-même ?
5. Est-ce que votre enfant tourne les pages d'un livre par lui-même ? (*Il peut tourner plus d'une page à la fois.*)
6. Est-ce que votre enfant porte une cuillère à sa bouche, du bon côté et, généralement, sans renverser de nourriture ?

OUI PARFOIS PAS ENCORE —

TOTAL POUR LA MOTRICITÉ FINE —

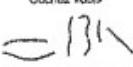
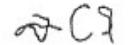
RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

1. Est-ce que votre enfant laisse tomber plusieurs petits jouets, l'un après l'autre, dans un contenant comme un bol ou une boîte ? (*Vous pouvez lui montrer comment faire.*)
2. Après avoir montré à votre enfant comment faire, est-ce qu'il essaie de prendre un petit jouet qui se trouve légèrement hors de sa portée à l'aide d'une cuillère, d'un bâton ou d'un autre objet semblable ?
- 
3. Après qu'un petit morceau de pain ait été placé dans une petite bouteille transparente, est-ce que votre enfant retourne la bouteille pour le faire sortir ? (*Vous pouvez lui montrer comment faire.*) (*Vous pouvez utiliser une bouteille de jus ou un biberon.*)
4. Sans lui montrer comment faire, est-ce que votre enfant gribouille lorsque vous lui donnez un crayon (ou un stylo) ?

OUI PARFOIS PAS ENCORE —

RÉSOLUTION DE PROBLÈMES (suite)

5. Après vous avoir vu tracer une ligne de haut en bas sur une feuille de papier avec un crayon (ou un stylo), est-ce que votre enfant vous imite en traçant une ligne sur la feuille *peu importe la direction de cette ligne ?* (*Cochez « pas encore » si votre enfant gribouille.*)

Cochez « oui »

Cochez « pas encore »


OUI PARFOIS PAS ENCORE

6. Après qu'un petit morceau de pain ait été placé dans une bouteille transparente, est-ce que votre enfant retourne la bouteille à l'envers pour faire sortir le petit morceau de pain ? (*Ne lui montrez pas comment faire.*)

 — *

TOTAL POUR LA RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

* Si la réponse à la question 6 sur la résolution de problèmes est « oui » ou « parfois », cochez « oui » à la question 3 de cette série.

APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES
OUI PARFOIS PAS ENCORE

1. Lorsqu'il se regarde dans un miroir, est-ce que votre enfant offre un jouet à sa propre image ? —
2. Est-ce que votre enfant joue avec une poupée ou avec un animal en peluche en le serrant dans ses bras ? —
3. Est-ce que votre enfant attire votre attention ou essaie de vous montrer quelque chose en vous tirant par la main ou par vos vêtements ? —
4. Est-ce que votre enfant vient vous trouver quand il a besoin d'aide, par exemple, pour remonter le mécanisme d'un jouet ou dévisser le couvercle d'un pot ? —
5. Est-ce que votre enfant boit à l'aide d'une tasse ou d'un verre et le pose sans presque rien renverser ? —
6. Est-ce que votre enfant imite les activités que vous faites comme nettoyer un dégât, balayer, se raser ou se peigner ? —

TOTAL POUR LES APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES

—

**ÉVALUATION GLOBALE**

Vous pouvez ajouter des commentaires en utilisant l'espace qui se trouve ci-dessous.

1. Est-ce que vous pensez que votre enfant entend normalement ? Sinon, veuillez expliquer : OUI NON

2. Est-ce que vous pensez que votre enfant parle comme les enfants de son âge ? Sinon, veuillez expliquer : OUI NON

3. Est-ce que vous pouvez comprendre la plupart des mots que dit votre enfant ? Sinon, veuillez expliquer : OUI NON

4. Est-ce que vous pensez que votre enfant marche, court et grimpe comme les enfants de son âge ? Sinon, veuillez expliquer : OUI NON

5. Est-ce que l'un des parents a des antécédents familiaux de surdité infantile, partielle ou totale ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

6. Est-ce que vous êtes préoccupés par la vision de votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

ÉVALUATION GLOBALE (suite)

7. Est-ce que votre enfant a eu des problèmes de santé au cours des derniers mois ? Si oui, veuillez expliquer :

OUI NON

8. Est-ce que vous êtes préoccupés par certains comportements de votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer :

OUI NON

9. Est-ce qu'il y a autre chose chez votre enfant qui vous inquiète ? Si oui, veuillez expliquer :

OUI NON

24 mois

EXAMEN A 24 MOIS D'AGE CORRIGÉ - Médecin référent : _____

Date de la visite |_____|_____|_____| Date de naissance |_____|_____|_____| AG de naiss |____| SA.

Interrogatoire Age civil révolu |____| mois.

Age corrigé |____|, |__| mois, se

Mode de vie : Changement d'adresse En clair :

Discussion autour de la prévention des écrans (télé, smartphone, tablette, jeux vidéo) OUI NON

Mode de Garde : Crèche Chez une Ass Mat Nourrice à domicile Parents Autres (institutions ...)

Pathologie observée depuis le dernier examen :

Nombre d'hospitalisation |____| Motifs en clair :

Aucune Dermatologique Neurologique Cardiaque

Digestif Orthopédique Autres : préciser :

Maladie pulmonaire chronique (O2 en continu, O2 la nuit, Corticothérapie, Beta plus pendant plus de 15 jours depuis la dernière CS) : OUI NON

Autres pathologies prises en charge (eczéma, asthme, épilepsie, gastrostomie...) :

Aucune Dermatologique Neurologique Cardiaque

Digestif Orthopédique Autres : préciser :

Aucune prise en charge **Prise en charge en cours** : Kiné Psychomotricité Psychologue Autre

Dossier MDPH : Proposé : OUI NON Fait : OUI NON

Dossier 100% : Proposé : OUI NON Fait : OUI NON

Famille : Est-ce que votre situation professionnelle ou familiale a changé ? OUI NON

- Nb d'enfants vivants au foyer y compris l'enfant suivi : |____|

- Mère vivant en couple : Non Avec le père de l'enfant Avec un autre conjoint

Niveau Professionnel Mère ____ Père ____	1 Agriculteur 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 3 Cadre ou profession intellectuelle sup 4 Profession intermédiaire 5 Employé 6 Ouvrier	Activité professionnelle Mère ____ Père ____	1 Actif 2 Retraité 3 Au foyer 4 Congé parental	5 Chômeur 6 Elève, étudiant en formation 7 Autre inactif	Niveau d'études : (1 pas le bac, 2 Bac, 3 Etudes supérieures (Bac +2 et 3 Bac + 4 et plus)) Mère ____ Père ____
- A la CSS : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					

Evaluation cognitive

Test flacon avec perle :	Met perle dans la bouteille Vide la bouteille Met bouchon sur bouteille	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
Test planche avec encastrement :	Met les 3 morceaux dans la planche S'adapte au retournement de la planche pour les 3 morceaux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
	Fait une tour de 8 cubes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
Test des cubes :	Aligne les cubes pour former un train	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
Crayon :	Imite un trait sans direction particulière	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>

Evaluation du langage

Utilise son prénom lorsqu'il parle de lui	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fait des phrases de 2/3 mots	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Reconnait 5 images	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nomme 12 images	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Examen sensoriel

Fonction visuelle (Si normale ne pas remplir la suite de la fonction visuelle)	Paraît Normale <input type="checkbox"/>	Fixa. Et poursuite visuelles	Facile	0
			Poursuite discontinue	1
			Fixation absente	2
Prise en charge par ophtalmo	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nystagmus	Absent	0
			Présent	2
		Strabisme	Absent	0
			Présent	2

Fonction auditive	Par test à la voix chuchotée	
Paraît Normale	<input type="checkbox"/>	
Déficit modéré ou douteux	1	Prise en charge par ORL : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surdité confirmée	2	

Examen du tonus musculaire

Membres inférieurs			D	G
Angle des adducteurs	≥ 100	0	0	0
	40-90	1		1
	≤ 30 ou aucune résist.	2		2
Asymétrie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	1	1
	D>G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1
Dorsiflexion lente pied	G>D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	2
	D	G		2
	<80	0		
	90-100	1	1	1
	>110	2		
Dorsiflexion rapide pied			D	G
Identique à dorsiflexion lente			0	0
Stretch phasique			1	1
Stretch tonique			2	2

Examen des réflexes

Réflexe rotulien	Normal	0	0	Comparaison des hémicorps D & G	
	Très vif	1	1	Pas d'asymétrie	0
	Très vif + clonies	2	2	Hémicorps D + tonique	1
	Absent	2	2	Hémicorps G + tonique	1

Évaluation de la marche

Marche-t-il seul sans aide ? OUI NON

A votre avis pourquoi marche non acquise :

Age d'acquisition | (âge corrigé)

- Age d'acquisition : _____ (age moyen)

 - Avec marche normale
 - Avec marche anormale

Cause neurologique

Autre cause

A votre avis pourquoi marche anormale :

- Se met-il debout seul avec appui ? Oui Non
 - Se met-il debout seul sans appui ? Oui Non

En cas de paralysie cérébrale, Retentissement fonctionnel niveau GMCFs : Niveau |

Oralité- Alimentation

Aucune difficulté

Difficultés aux repas facilement résolues

Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents (ne mange pas de morceau, repas supérieur à 45 mn ...) □

Difficultés importantes : réflexe nauséux fréquent, nutrition naso-gastrique ou gastrostomie ... ☐

Poids : | . Kg Taille : | cm PC | | . | cm

PC | | . | cm

Comportement au cours de l'examen : Adapté Inhibé Hyperactif Agressif Euvant

Vécu familial

Persistance du retentissement sur la famille □

- 1- Préconisation d'une prise en charge
 - 2- Prise en charge déjà en cours

- Résultats de l'ASQ (parents)

Domaine	Pt. de coupe	Résultat total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Communication	25,17		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motricité globale	38,07		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Motricité fine	35,16		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Résol. de problèmes	29,78		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Apt. indiv. ou soc.	31,54		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○

- Dépistage des troubles de communication et de comportement (M-CHAT)

Capacités comportementales : en demandant aux parents « est-ce que votre enfant ». Les items en gras sont les items critiques		
1. Aime être balancé ou qu'on le fasse sauter sur les genoux ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2. S'intéresse aux autres enfants ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
3. Aime grimper sur les choses, par ex, escalader les escaliers ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
4. Aime jouer aux jeux de cache-cache ou à « coucou me voilà » ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
5. A déjà joué à faire semblant, par ex, faire semblant de parler au téléphone ou jouer à la dinette ou avec des poupées ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
6. Utilise son index pour demander quelque chose ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
7. Utilise son index pour manifester son intérêt pour quelque chose ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
8. Joue de façon adaptée avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans se contenter de les mettre à la bouche, les tripoter ou les laisser tomber ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
9. Vous apporte des objets pour vous montrer quelque chose (marque l'attention conjointe) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
10. Peut soutenir votre regard plus d'une ou deux secondes ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
11. Vous a déjà paru excessivement sensible à certains bruits (par ex, se bouche les oreilles en réponse à certains bruits) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
12. Sourit en réponse à vos sourires ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
13. Vous imite (par ex, si vous faites une grimace, cherche-t-il à vous imiter) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
14. Répond à son nom lorsque vous lappelez ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
15. Regarde l'objet, si vous montrez du doigt un objet à l'autre bout de la pièce ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
16. Marche sans aide ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
17. Regarde des objets que vous regardez ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
18. Fait des mouvements bizarre des doigts devant son visage ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
19. Essaie d'attirer votre attention sur ce qu'il est en train de faire ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
20. Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant était sourd ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
21. Comprend ce que disent les gens ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
22. Parfois regarde dans le vide ou déambule sans but ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
23. Observe votre visage pour vérifier votre réaction lorsqu'il est confronté à une situation nouvelle ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Interprétation : le test est significatif si échec à 2 **items critiques** ou à 3 items sur les 23

Si échec significatif, orienter l'enfant vers une unité spécialisée dans le diagnostic pour une évaluation plus approfondie

⇒ **IRM cérébrale au-delà de la période néonatale** OUI NON NR

- Date
- Indication
- Résultats : Normale Anormale

Compte rendu

Feuille de synthèse à 24 mois AC

Synthèse indispensable :

- Cet enfant va bien, rien ne m'inquiète, pas de difficulté de développement
- Difficultés de développement possibles
- Difficultés de développement certaines

Préciser

- Anomalies Motrices :

- NON
- Suspectées
- Certaines

Si suspectées ou certaines : Spastique (hypertonie, ROT vifs, spasticité)
 Dyskinétique (rigidité mouvements anormaux)
 Ataxique (hypotonie, chutes)

- Topographie :

- Diplegie
- Quadriplégie
- Hémiplégie

- Anomalies Cognitives

- NON
- Suspectées (mauvaise impression clinique)
- Certaines (ASQ Résolution problème < 30 et/ou ASQ Motricité fine < 35)

- Anomalies Sensorielles

- | | |
|---|--|
| Anomalies visuelles | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> DROITE <input type="checkbox"/> GAUCHE | <input type="checkbox"/> Anomalies légères (avec port de lunettes et suivi ophtalmologique) |
| | <input type="checkbox"/> Anomalies sévères (avec suivi dans une structure spécialisée en basse vision) |
| Anomalies auditives | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> DROITE <input type="checkbox"/> GAUCHE | <input type="checkbox"/> Anomalies légères |
| | <input type="checkbox"/> Anomalies sévères (appareillage auditif) |

- Anomalies Psychologiques

- NON
- Légères (difficultés au questionnaire vie quotidienne)
- Sévères (troubles psychiatriques ou au CHAT items à oui ≥ 2)

- Anomalies du Langage

- NON
- Légères (ASQ communication entre 35 et 45)
- Sévères (ASQ communication < 35)

Orientation PCO

Orientation et prise en charge

Aucune

	Fait ou en cours	A mettre en place	Nom du Professionnel qui prend en charge	Arrêt
Kiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthoptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CS médicale spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ophthalmodyste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orientation vers un service spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

L'étiologie des difficultés de développement est liée pour vous :

Complication de la prématurité Pathologie autre (respi, génétique, cardio...)

Facteur externe (Relationnel) Autre :

Questionnaire ASQ

- Questionnaire envoyé à la famille avant la consultation.
- Lors de la consultation, remplir avec les parents les questions restées sans réponse
- Saisir les réponses sur la base de données.
- La cotation est faite automatique et donne un score par item.
- Examinez les cercles noircis pour chaque sphère :
 - o Si la cote se trouve dans une zone blanche, la performance de l'enfant pour ce type d'activités est normale à cette étape de son développement
 - o Si la cote se trouve dans une zone noire, veuillez consulter un professionnel de la santé. Un examen plus approfondi peut être nécessaire

Questionnaire 24 mois

De 23 mois 0 jour
à 25 mois 15 jours

Vous trouverez dans les pages suivantes des questions portant sur les activités des enfants. Votre petite fille ou votre petit garçon peut déjà en faire certaines. Par contre, il y en a d'autres que votre enfant n'a pas encore commencé à faire. À chaque question, veuillez cocher la case appropriée, selon que votre enfant fait l'activité souvent, parfois ou pas encore.

Points importants à se rappeler :

- Assurez-vous d'essayer chacune des activités avec votre enfant avant de cocher la case appropriée.
- Essayez de faire de ce questionnaire un jeu amusant pour vous et votre enfant.
- Assurez-vous que votre enfant soit reposé, nourri et prêt à jouer.
- S'il vous plaît, retournez ce questionnaire à _____.

Notes :

À cet âge, plusieurs enfants peuvent ne pas collaborer lorsqu'on leur demande de faire des activités. Il peut être nécessaire que vous essayiez des activités avec votre enfant plus d'une fois. Si possible, essayez les activités lorsque votre enfant est coopératif. Si votre enfant peut faire l'activité mais refuse de s'exécuter, indiquez « oui » pour l'item.

COMMUNICATION

OUI PARFOIS PAS ENCORE

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Sans lui montrer, est-ce que votre enfant montre du doigt la bonne image lorsque vous lui dites, « Montre-moi le petit chat ! » ou « Où est le chien ? ». (Votre enfant a seulement besoin d'identifier une image.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. Est-ce que votre enfant répète une phrase de deux mots ? Par exemple, quand vous dites une phrase de deux mots telle que « Maman mange », « Papa joue » ou « Auto partie ! », est-ce que votre enfant répète ces deux mots après vous ? (Cochez « oui » même si les mots de votre enfant sont difficiles à comprendre.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Sans lui donner des indices en montrant du doigt ou en faisant des gestes, est-ce que votre enfant peut suivre au moins trois directives de ce genre ?
O a. « Mets le jouet sur la table. »
O b. « Ferme la porte. »
O c. « Apporte-moi une serviette. »
O d. « Va chercher ton manteau. »
O e. « Prends ma main. »
O f. « Prends ton livre. » | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Si vous montrez du doigt l'image d'un ballon (un chat, une tasse, un chapeau, etc.) et demandez à votre enfant « Qu'est-ce que c'est ? », est-ce qu'il nomme correctement au moins l'une des images ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

COMMUNICATION (suite)

OUI PARFOIS PAS ENCORE

5. Est-ce que votre enfant dit deux ou trois mots qui représentent différentes idées ensemble : « Viens voir chien ! », « Maman maison ! » ou « Auto partie ! » ? (Ne comptez pas les combinaisons de mots qui correspondent à une seule idée comme « Bye-bye ! », « Plus là ! », « Très bien ! » et « C'est quoi ? ».) S'il vous plaît, donnez un exemple des combinaisons de mots que fait votre enfant :

 —

6. Est-ce que votre enfant utilise correctement au moins deux mots comme : « moi », « je », « le mien » et « toi » ?

 —

TOTAL POUR LA COMMUNICATION —

MOTRICITÉ GLOBALE

OUI PARFOIS PAS ENCORE

1. Est-ce que votre enfant descend un escalier si vous tenez l'une de ses mains ? Il peut se tenir à la rampe ou au mur. (Vous pouvez observer ceci au magasin, au terrain de jeux ou à la maison.)

 —

2. Lorsque vous montez à votre enfant comment donner un coup de pied dans un gros ballon, est-ce qu'il essaie de donner un coup de pied dans le ballon en déplaçant sa jambe vers l'avant ou en frappant le ballon tout en marchant ? (Si votre enfant donne déjà un coup de pied dans un ballon, cochez « oui ».)


 —

3. Est-ce que votre enfant monte ou descend au moins deux marches par lui-même ? Il peut se tenir à la rampe ou au mur.


 —

4. Est-ce que votre enfant court assez bien, s'arrêtant sans se cogner contre les objets ni tomber ?


 —

5. Est-ce que votre enfant saute en soulevant du sol ses deux pieds en même temps ?


 —

MOTRICITÉ GLOBALE (suite)

6. Sans aucun soutien, est-ce que votre enfant donne un coup de pied dans un ballon en lançant la jambe vers l'avant ?



OUI PARFOIS PAS ENCORE

 —

TOTAL POUR LA MOTRICITÉ GLOBALE

* Si la réponse à la question 6 sur la motricité globale est « oui » ou « parfois », cochez « oui » à la question 2 de cette série.

MOTRICITÉ FINE

1. Est-ce que votre enfant porte une cuillère à sa bouche, du bon côté et, généralement, sans renverser de nourriture ?
2. Est-ce que votre enfant tourne les pages d'un livre par lui-même ? (*Il peut tourner plus d'une page à la fois.*)
3. Est-ce que votre enfant fait un mouvement de rotation de la main quand il essaie de tourner des poignées de porte, de remonter le mécanisme des jouets, de tordre ou de visser et de dévisser des couvercles sur des pots ?
4. Est-ce que votre enfant allume et éteint la lumière ?
5. Est-ce que votre enfant empile sept petits cubes ou sept petits jouets les uns sur les autres par lui-même ? (*Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou des jouets mesurant environ 2,5 cm.*)
6. Est-ce que votre enfant peut enfiler des petits articles comme des perles, des macaronis ou des pâtes en forme de roue de train sur une ficelle ou sur un lacet de soulier ?



OUI PARFOIS PAS ENCORE

 —

 —

 —

 —

 —

 —

TOTAL POUR LA MOTRICITÉ FINE
RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

1. Après vous avoir vu tracer une ligne de haut en bas sur une feuille de papier avec un crayon (ou un stylo), est-ce que votre enfant vous imite en traçant une ligne sur la feuille *peu importe la direction de cette ligne ?* (*Cochez « pas encore » si votre enfant gribouille.*)

Cochez « oui »

 Cochez « pas encore »

OUI PARFOIS PAS ENCORE

 —

 —

RÉSOLUTION DE PROBLÈMES (suite)	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
2. Après qu'un petit morceau de pain ait été placé dans une bouteille transparente, est-ce que votre enfant retourne la bouteille à l'envers pour faire sortir le petit morceau de pain ? (<i>Ne lui montrez pas comment faire.</i>) (<i>Vous pouvez utiliser une bouteille de boisson gazeuse ou un biberon.</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. Est-ce que votre enfant joue à prendre certains objets pour d'autres ? Par exemple, est-ce qu'il place une tasse près de son oreille en disant qu'il s'agit d'un téléphone ? Est-ce qu'il met une boîte sur sa tête en affirmant qu'il s'agit d'un chapeau ? Est-ce qu'il utilise un petit cube ou un petit jouet pour mélanger la nourriture ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. Est-ce que votre enfant range les choses à leur place ? Par exemple, est-ce qu'il sait que ses jouets vont sur l'étagère à jouets, que sa couverture va sur son lit et que les assiettes vont dans la cuisine ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Si votre enfant veut quelque chose qu'il ne peut pas atteindre, est-ce qu'il va chercher une chaise ou une boîte sur laquelle monter pour l'atteindre ? (par exemple, pour prendre un jouet sur le comptoir ou pour vous « aider » dans la cuisine.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Pendant que votre enfant vous regarde, alignez en rangée quatre objets comme des cubes ou des autos. Est-ce que votre enfant vous copie ou vous imite et aligne au moins quatre objets en rangée ? (<i>Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou d'autres jouets.</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

TOTAL POUR LA RÉSOLUTION DE PROBLÈMES —



APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1. Est-ce que votre enfant boit à l'aide d'une tasse ou d'un verre et le pose sans presque rien renverser ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Est-ce que votre enfant imite les activités que vous faites comme nettoyer un dégât, balayer, se raser ou se peigner ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. Est-ce que votre enfant mange avec une fourchette ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. Lorsque votre enfant joue avec un animal en peluche ou une poupée, est-ce qu'il fait semblant de le berger, de le nourrir, de changer sa couche, de le mettre au lit, etc. ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Est-ce que votre enfant pousse une voiturette, une poussette ou un autre jouet avec des roues, contourne les obstacles avec celui-ci et le recule s'il ne peut pas tourner ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES (*suite*)

OUI PARFOIS PAS ENCORE

6. Est-ce que votre enfant s'appelle lui-même en utilisant les mots « je » ou « moi » plus souvent que son prénom ? Par exemple, dit-il « Je le fais » plutôt que « Pierre le fait » ?

 —

TOTAL POUR LES APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES —

ÉVALUATION GLOBALE

Vous pouvez ajouter des commentaires en utilisant l'espace qui se trouve ci-dessous.

1. Est-ce que vous pensez que votre enfant entend normalement ? Sinon, veuillez expliquer :

 OUI NON

2. Est-ce que vous pensez que votre enfant parle comme les enfants de son âge ? Sinon, veuillez expliquer :

 OUI NON

3. Est-ce que vous pouvez comprendre la plupart des mots que dit votre enfant ? Sinon, veuillez expliquer :

 OUI NON

4. Est-ce que vous pensez que votre enfant marche, court et grimpe comme les enfants de son âge ? Sinon, veuillez expliquer :

 OUI NON



ÉVALUATION GLOBALE (suite)

5. Est-ce que l'un des parents a des antécédents familiaux de surdité infantile, partielle ou totale ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

6. Est-ce que vous êtes préoccupés par la vision de votre enfant ? Si oui, OUI NON
veuillez expliquer :

7. Est-ce que votre enfant a eu des problèmes de santé au cours des derniers mois ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

ANSWER

8. Est-ce que vous êtes préoccupés par certains comportements de votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON

9. Est-ce qu'il y a autre chose chez votre enfant qui vous inquiète ? Si oui, veuillez expliquer : OUI NON
