

PLATEFORME DE COORDINATION ET D'ORIENTATION de la Savoie DOSSIER MEDICAL

(2 ans 9 mois - 3 ans 9 mois)

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Coordonnées du médecin

Nom : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Adresse :

Date de l'examen : _____

FACTEURS DE HAUT RISQUE DE TND (selon HAS 2020): (Cochez)

Frère ou sœur ou parent de 1er degré ayant un TND

Exposition prénatale à un toxique majeur du neuro-développement (alcool, certains antiépileptiques....)

Grande prématurité (<32SA)

Poids de naissance < 1500g

Encéphalopathies aiguës néonatales (incluant convulsions)

Anomalies cérébrales de pronostic incertain (ventriculomégalie, agénésie corps calleux...)

Microcéphalie (PC<-2DS, congénitale ou secondaire)

Infections congénitales ou néonatales (CMV, toxoplasmose, rubéole, méningites/encéphalites...)

Syndromes génétiques pouvant affecter le neuro-développement

Cardiopathies congénitales complexes opérées

Chirurgie majeure (cerveau, abdomen, thorax)

Ictère néonatal sévère y compris à terme (bilirubine>400 mmol/l)

ANTECEDENTS FAMILIAUX

	ATCD médico-chirurgicaux	ATCD troubles des apprentissages	Profession
Père			
Mère			
Fratrie			

ANTECEDENTS PERSONNELS

Oui Non

GROSSESSE NORMALE ? (Cochez)

Si **non**, préciser : (grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection anténatale, prise de toxique...)

NAISSANCE (Cochez)

Accouchement normal ou césarienne programmée

Voie basse dystocique

Césarienne en urgence

Age gestationnel :SA

Poids :

Taille :

PC :

APGAR :

Oui

Non

Anoxie périnatale

Hospitalisation en période néonatale

PEA

normaux

anormaux

Depression maternelle du post-partum

(Commentaire libre)

ATCD MEDICO-CHIRURGICAUX PERSONNELS (Cochez)

Oui Non

Pathologies ORL/auditives (OSM, ronflement)

Pathologies visuelles

ATCD chirurgicaux

Hospitalisations (hors période néonatale)

ATCD médicaux

Si **oui** à une de ces questions, préciser (texte libre) :

Traitement médicamenteux au long cours (actuel ou antérieur)

Si **oui**, (DCI, posologie, durée)

DEVELOPPEMENT PRECOCE LES PREMIERES ANNEES DE

VIE(Cochez)

Oui

Non

Age

Difficultés d'interaction parents/enfant			
Contact visuel			
Répond à son prénom			
Joue avec les autres enfants			
Difficultés d'alimentation			
Difficultés de sommeil			
Tenue de tête (âge corrigé si naissance < 37SA)			
Marche autonome (âge corrigé si naissance < 37SA)			
Premiers mots			
Association de mots			

	Oui	Non	Age
Gestes sociaux			
Pointage du doigt			
Attention conjointe partagée			
Jeux de faire-semblant			
Propreté diurne			
Propreté nocturne			

VIE QUOTIDIENNE (Cochez)

Oui Non

Les difficultés impactent la vie familiale

L'enfant est-il scolarisé

Si oui, classe : _____

Nom et ville de l'école : _____

Difficultés en collectivité

En cas de difficultés, précisez :

EXAMEN SENSORIEL (Cochez)

VISION (plus de 2 ans)

De loin : OD : _____ OG : _____ Test utilisé : _____

De près : OD : _____ OG : _____ Test utilisé : _____

Vision du relief
normale

Oui

Non

AUDITION

Normale ?	Oui	Non	
Test utilisé :	Audiométrie tonale	Audiométrie vocale	Voix chuchotée
	Examen ORL récent		

EXAMEN SOMATIQUE (Cochez)

Poids : _____ Taille : _____ PC : _____

Oui Non

Croissance dans les normes et harmonieuse

PRESENCE D'ELEMENTS DYSMORPHIQUES

Si **oui**, préciser : CRANE (*micro/macrocéphalie, anomalie de forme*) VISAGE, MEMBRES, RACHIS (*scoliose, cyphose, hyperlordose ...*) SIGNES DE DYSRAPHIE (*touffe de poils, fossette sacro-coccygienne...*) LIGNE MEDIANE (*luette bifide, hernie ombilicale...*)

EXAMEN SOMATIQUE GENERAL NORMAL

Si **non**, préciser : *cardiaque, pulmonaire, dentition, hypertrophie amygdalienne, hépato/splénomégalie, hyper laxité, anomalie des OGE... :*

EXAMEN CUTANE NORMAL

Si **non**, préciser : *anomalie de pigmentation, d'élasticité, taches café au lait, taches achromiques, lentigines, neurofibrome...* :

EXAMEN NEUROLOGIQUE

Réflexes ostéo-tendineux	Présents	Absents
	Oui	Non
Symétriques?		
Tonus normal		
Motricité spontanée harmonieuse et riche		
Motricité symétrique		

COMPORTEMENTS INSTINCTUELS, SENSORIELS, EMOTIONNELS PARTICULIERS (selon HAS) :

Fonctions physiologiques instinctuelles (sommeil, alimentation) :

Troubles durables et quasi quotidiens du **sommeil** (endormissement, réveils nocturnes)

Grande **sélectivité alimentaire** inhabituelle pour l'âge (préfère les textures lisses, refuse les morceaux, a une aversion pour les aliments d'une certaine couleur...)

Difficultés de **prises alimentaires** (durée des repas très longue, réflexe nauséeux massifs)

Profil sensoriel et sensori-moteur particulier :

Aversion/évitement du **contact tactile**, de certaines textures ou tissus

Hyper-réactivité ou hypo-réactivité à des **stimuli sensoriels** (absence de réaction à un bruit fort ou réaction exagérée pour certains bruits, évitement ou attirance pour la lumière)

Exploration/utilisation étrange des « objets » et de l'environnement

Mouvements répétitifs, stéréotypés : gestuelles (battement des mains, mouvement des doigts devant les yeux) ou corporelles (balancements, tournolements, déambulations...)

Régulation émotionnelle inhabituelle pour l'âge et quel que soit l'environnement :

Intolérance exagérée au **changement** de l'environnement*

Colères violentes et répétées, inconsolables

Hyperactivité motrice incontrôlable (se met en danger)

**colère, chagrin, réaction de peur, disproportionnés ou sans objet apparent, avec violence (auto ou hétéro-agressivité), non apaisables et répétées.*

EXAMEN DU NEURODEVELOPPEMENT (Cochez)

Notion de régression du développement Oui/Non

Indication de prise en charge par la PCO : 2 « non » pour 2 signes d'alerte (**en gras**) dans 2 domaines différents.

Motricité globale	Oui	Non
Monte l'escalier seul en alternant les pieds (avec la rampe)		
Saute d'une marche		
Marche	Normale	Pathologique
Marche sur les talons/pointes de pieds	Normale	Impossible
Equilibre bipodal	Normale	Impossible
Accroupi, se relève		
Chutes fréquentes, maladresse		
Motricité fine (cognition)	Oui	Non
Empile huit cubes sur modèle		
Copie un cercle sur modèle visuel (non dessiné devant lui)		
Enfile seul un vêtement		
Fait des puzzles		
Tient un crayon, utilise une cuillère		
Langage oral	Oui	Non
Fait des phrases de trois mots (sujet, verbe, objet)		
Utilise son prénom ou le « je » quand il parle de lui		
Comprend une consigne orale simple (sans geste de l'adulte)		
Langage intelligible		

Socialisation	Oui	Non
Prend plaisir à jouer avec les enfants de son âge		
Sait prendre son tour dans un jeu à deux ou à plusieurs		

L'enfant bénéficie-t-il déjà (ou est-il en attente) de soins spécifiques (orthophonie, kiné) ou d'une prise en charge dans une structure (CMP, SESSAD, CAMSP....) :

COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN

Normal ?

Oui

Non

Si **non**, préciser :

CONCLUSION

Serez-vous le médecin référent de l'enfant ?

Oui

Non

Les parents sont-ils d'accord pour que la
Plateforme soit sollicitée ?

Oui

Non

Hypothèses diagnostiques

Prescriptions d'examens et bilans chez les professionnels suivants :

Professions conventionnées

Kinésithérapie

Ophtalmologie

Orthoptie

ORL

Orthophonie

Professionnels non conventionnés

Psychomotricité

Psychologie

Neuropsychologie

Ergothérapie

Autre (précisez) :

Signature et Tampon: