

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

(3ans 9 mois - 4 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 neurodéveloppement (alcool, certains antiépileptiques....)

Grande prématurité (<32SA)

Poids de naissance < 1500g

Encéphalopathies aigues 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 neurodéveloppement

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

### **GROSSESSE NORMALE ?** (Cochez)

**Oui**

**Non**

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 :.....  
PC :.....

Taille :.....  
APGAR : .....

---

**Oui**

**Non**

Anoxie périnatale

Hospitalisation en période néonatale

PEA

normaux

anormaux

Dépression 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)

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Age</b>
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 (fait coucou)			
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-coccigienne...*) 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**

	Présents	Absents
Réflexes ostéo-tendineux		
Symétriques?	Oui	Non
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
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 nauséux massifs)

### **Profil sensoriel et sensori-moteur particulier :**

Aversion/évitemennt 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, évitemennt ou attirance pour la lumière)

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

**Mouvements répétitifs, stéréotypies** : gestuelles (battement des mains, mouvement des doigts devant les yeux) ou corporelles (balancements, tournoiements, 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 répétés.*

## EXAMEN DU NEURODEVELOPPEMENT

### Notion de régression du développement Oui/Non

Indication de prise en charge par la PCO : 3 « non » concernant les signes d'alerte (**en gras**) dans 2 domaines différents.

<b>Motricité globale, contrôle postural et locomotion</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Saute à pieds joints (au minimum sur place)</b>		
<b>Monte les marches non tenu et en alternant</b>		
<b>Lance un ballon de façon dirigée</b>		
<b>Sait pédaler (tricycle ou vélo avec stabilisateur)</b>		
Marche	Normale	Pathologique
Marche sur les talons/pointes de pieds	Normale	Impossible
Equilibre bipodal	Normale	Impossible
Accroupi, se relève		
Chutes fréquentes, maladresse		
<b>Motricité fine et praxies</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Dessine un bonhomme tête</b>		
<b>Copie une croix orientée selon le modèle (non dessiné devant lui)</b>		
<b>Fait un pont avec 3 cubes (sur démonstration)</b>		
<b>Enfile son manteau seul</b>		
Fait des puzzles		
Mange seul		
<b>Langage oral</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Utilise le « je » pour se désigner (ou équivalent dans sa langue natale)</b>		
<b>A un langage intelligible par une personne étrangère à la famille</b>		
<b>Conjugue des verbes au présent</b>		
<b>Pose la question « pourquoi ?»</b>		
<b>Peut répondre à des consignes avec deux variables pour retrouver des objets absents (« va chercher ton manteau dans ta chambre »)</b>		
Test de langage pratiqué (ERTL4....)	Normal	Pathologique

<b>Cognition</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>A des jeux imaginatifs avec des scénarios</b>		
<b>Compte (dénombrer) quatre objets</b>		
<b>Sait trier des objets par catégories (couleur, forme...)</b>		

Socialisation	Oui	Non
Accepte de participer à une activité de groupe		
Cherche à jouer ou interagir avec des enfants de son âge		

## **COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN**

Normal ? Oui Non

**Si non**, préciser :

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....) :

## CONCLUSION

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*

## ***Professionnels non conventionnés***

Kinésithérapie  
Ophtalmologie  
Orthoptie  
ORL  
Orthophonie

Psychomotricité  
Psychologie  
Neuropsychologie  
Ergothérapie

Autre (précisez) :

#### Signature et Tampon: