

**PLATEFORME DE  
COORDINATION  
ET  
D'ORIENTATION  
de la Savoie  
DOSSIER MEDICAL  
(0-2 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

### Père

ATCD médico-chirurgicaux

ATCD troubles des apprentissages

Profession :

### Mère

ATCD médico-chirurgicaux

ATCD troubles des apprentissages

Profession

### Fratrie

ATCD médico-chirurgicaux

ATCD troubles des apprentissages

## 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)

## VIE QUOTIDIENNE (Cochez)

**Oui Non**

Interactions parents/enfant difficiles

Les difficultés impactent la vie familiale

Collectivité crèche / assistante maternelle / autre ? :

Difficultés en collectivité

En cas de difficultés, précisez :

## EXAMEN SENSORIEL

**VISION** (Cochez)

**Oui**

**Non**

Signes de gêne visuelle (se cogne, chute, se touche les yeux)

Poursuite oculaire

Normale

Pathologique

Strabisme

Signe d'amblyopie (test de l'écran/signe de la toupie)

Vision du relief normale (Lang test)

Examen ophtalmologique ou orthoptique

Si **oui**, résultat :

## AUDITION (Cochez)

Réaction aux bruits	Normale	Anormale
Bilan auditif	Oui	Non
Test utilisé :	SBT/Moatti	Voix chuchotée
		test audiométrique par ORL (PEA/OEA....)

## 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
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...)

Comportement anormalement calme voire passif, bougeant très peu (hypo-mobilité)

### 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 (Cochez)

### Notion de régression du développement Oui / Non

Remplir la grille correspondant à l'âge de l'enfant. Noter l'âge d'acquisition si demandé (considérer l'âge corrigé si naissance < 37 SA). Indication de prise en charge PCO : 2 « non » concernant des signes d'alerte (**en gras**) dans 2 domaines différents

6 mois	Oui	Non
Tient sa tête stable sans osciller		
Tient assis en tripode, avec appui sur ses mains		
Saisit l'objet tenu à distance		
Utilise une main ou l'autre sans préférence		
Tourne la tête pour regarder la personne qui parle		
Vocalise des monosyllabes		
Sourire réponse		
Sollicite le regard de l'autre (pleure quand on ne le regarde pas, s'arrête quand on le regarde)		

12 mois	Oui	Non	Age
Passe tout seul de la position couchée à la position assise			
Tient assis seul sans appui et sans aide dos bien droit			
Se déplace seul au sol			
Permanence de l'objet			
Pince pouce-index			
Réagit à son prénom (attendu à 9 mois)			
Comprend le « non »			
Prononce des syllabes redoublées			
Regarde ce que l'adulte lui montre avec le doigt			
Fait des gestes sociaux (coucou/bravo)			
Tenue de tête			
Sourire réponse			
18 mois	Oui	Non	Age
Transfert assis-debout sans aide			
Marche sans aide			
Empile 2 cubes (sur modèle)			
Introduit un petit objet dans un petit récipient			
Désigne un objet ou une image sur consigne orale			
Comprend les consignes simples (chercher un objet)			
Dit spontanément 5 mots			
Exprime le refus (dit « non », repousse...)			
Montre avec le doigt ce qui l'intéresse pour attirer l'attention de l'adulte (attention conjointe)			
Tenue de tête			
Tient assis seul sans appui			
Sourire réponse			
Premiers mots			
Gestes sociaux			
Réagit à son prénom			

24 mois	Oui	Non	Age
<b>Court avec des mouvements coordonnés des bras</b>			
<b>Monte les escaliers marche par marche (+/-aide)</b>			
<b>Shoote dans un ballon (après démonstration)</b>			
<b>Empile 5 cubes (sur modèle)</b>			
<b>Utilise seul la cuillère</b>			
<b>Encastre des formes géométriques simples</b>			
<b>Dit spontanément plus de 10 mots</b>			
<b>Associe deux mots (bébé dodo....)</b>			
<b>Jeux d'imitation (dinette, garage)</b>			
<b>S'intéresse aux autres enfants</b>			
<i>Tenue de tête</i>			
<i>Tient assis seul sans appui</i>			
<i>Marche sans aide</i>			
<i>Sourire réponse</i>			
<i>Premiers mots</i>			
<i>Comprend les consignes simples</i>			
<i>Gestes sociaux</i>			
<i>Attention conjointe</i>			
<i>Empile/emboite</i>			

### COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN(Cochez)

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 (Cochez)

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: