



Document à retourner au RPSOF-ASNR
 ZAC des Godets – 1-4 impasse de la Noisette
 Bâtiment A – Hall A2
 91370 VERRIERES-LE-BUISSON
 @ : secretariat@rpsof-asnr.fr

FICHE DE SUIVI à 4 mois d'âge corrigé

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom

Prénom (premier prénom exclusivement):

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

* IDENTIFICATION DU MEDECIN PILOTE

Nom du MEDECIN PILOTE réalisant la consultation :

* DATE DE LA CONSULTATION: | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

SITUATION FAMILIALE

Modification de la structure familiale : non oui

Si oui préciser :

MODE D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Mode(s) d'accueil de l'enfant : (cocher) plusieurs modes de garde peuvent être possibles

- Père ou mère au foyer Halte-garderie
 Autre personne à domicile Jardin d'enfant
 Assistante maternelle ou nourrice Autre, précisez en clair :
 Crèche collective

SANTE GENERALE DE L'ENFANT

EVOLUTION GENERALE

Inscrire le score pour chaque rubrique

- 1 : évolution satisfaisante - ou problèmes communs entravant peu la qualité de vie
 2 : évolution à suivre de près - ou problèmes ayant un impact modéré sur la qualité de vie
 3 : évolution justifiant une prise en charge particulière/un avis spécialisé - ou problèmes ayant un impact sévère sur la qualité de vie

Croissance		Problèmes respiratoires	
Digestif / alimentation		Autres problèmes de santé	

Commentaires :

.....

FAITS MARQUANTS DEPUIS LA PRECEDENTE VISITE RESEAU

***Ré-hospitalisation depuis la naissance** : non oui **Nombre** : |_|_|

***Renseignez les dates, lieux et motifs d'hospitalisation** :

*Date entrée	Date sortie	*Lieu d'hospitalisation	*Motif (Cf liste ci-dessous)

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

Précisions sur les motifs et durées d'hospitalisations :

.....

IRM récupérée : non oui

Commentaires :

Autres faits marquants depuis la naissance :

.....

CROISSANCE

*Date des mensurations : |_|_|_|_|_|_|_|_|

*Poids : |_|_| kg|_|_|_| g |_|_|_|_| DS |_|_|_|_| p

*Score Poids : |_|_|

*Taille : |_|_|_|_| cm |_|_|_|_| DS

*Score Taille : |_|_|

*Périmètre crânien :.....|_|_|_|_| cm |_|_|_|_| DS

*Score PC : |_|_|

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

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

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

3 = obésité > 97^{ème} p 4 = insuffisance pondérale (< 3^{ème} p)

Commentaires :
.....
.....

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, COGNITIF ET RELATIONNEL

Conditions d'examen : Enfant coopérant

non oui

NEURO-MOTEUR

*Score neuro-moteur |_|_|

Score 1 ○	<ul style="list-style-type: none">○ Gesticulation riche, symétrique○ Tonus :<ul style="list-style-type: none">- Mis en position ventrale, redresse sa tête à 90°, prend appui sur avant bras- Tenue de tête parfaite, angles pop 90-120° ; Add 70-110.○ Bonnes réponses antigravitaires○ Bonne participation aux enchainements moteurs○ Ouvre les mains en regardant l'objet, ébauche préhension palmaire (au contact)
Score 2 ○	<ul style="list-style-type: none">○ Bonnes acquisitions posturales mais asymétrie de tonus (fléchisseur/extenseur) ou asymétrie des angles.○ Motricité pauvre○ Réponses antigravitaires incomplètes lentes ou saccadées
Score 3 ○	<ul style="list-style-type: none">○ Hypotonie axiale, pas de redressement○ Hypertonie franche des membres avec retentissement sur les acquisitions posturales○ Motricité figée

Commentaires :
.....

INTERACTIONS / RELATION

*Score relationnel | _ |

Score 1 ○	<input type="radio"/> Répond aux sollicitations et sollicite activement <input type="radio"/> Bon contact oculaire : regarde les objets et les visages autour de lui <input type="radio"/> Sourire réponse <input type="radio"/> Si agité, se laisse facilement apaiser
Score 2 ○	<input type="radio"/> Répond aux sollicitations mais ne sollicite pas <input type="radio"/> S'intéresse aux objets et aux visages sur sollicitation (mais non spontanément) <input type="radio"/> Si agité, long à apaiser
Score 3 ○	<input type="radio"/> Répond peu ou pas aux sollicitations, pas d'interactivité <input type="radio"/> Absence de sourire réponse <input type="radio"/> Irritabilité, difficile à gérer (inconsolable)

Commentaires :

ASPECTS SENSORIELS

VISION

Comportement visuel de l'enfant : | _ |

1 = Normal : bonne fixation, bonne poursuite oculaire, pas de strabisme

2 = Pathologique / douteux : nécessitant une consultation spécialisée

Explorations sensorielles depuis la sortie : non oui

FO : Contrôle fait non oui

Date :...../...../.....

Œil G : 1- Normaux 2- A contrôler

Œil D : 1- Normaux 2- A contrôler

Précisez :

AUDITION

Test auditif OEA / PEAA : Contrôle fait : non oui

Date :...../...../.....

Oreille G : 1- Normaux 2- A contrôler

Oreille D : 1- Normaux 2- A contrôler

Précisez :

CONCLUSION DECISIONNELLE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

CONCLUSION ET POINTS A SURVEILLER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Consultation(s) spécialisée(s) non oui

Si oui préciser (cocher) :

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

Bilan(s) complémentaire(s) non oui

Si oui préciser (cocher) :

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

Rééducation et soins nécessaire(s) non oui

Si oui préciser (cocher) :

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

Aides sociales et allocations non oui

Si oui préciser (cocher) :

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

	Sollicité le	Acquis le	NSP
Dossier MDPH			

NOTES*(Le champ « Notes » est un mémo qui apparait dans l'entête du dossier)*

.....

.....

.....