



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 1 an 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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Père ou mère au foyer | <input type="checkbox"/> Halte-garderie |
| <input type="checkbox"/> Autre personne à domicile | <input type="checkbox"/> Jardin d'enfant |
| <input type="checkbox"/> Assistante maternelle | <input type="checkbox"/> Autre, précisez en clair : |
| <input type="checkbox"/> Crèche collective | |

SANTÉ GÉNÉRALE DE L'ENFANT

***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 :

.....

.....

.....

Autres faits marquants depuis la dernière visite réseau :

.....

.....

.....

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 :
.....
.....

APPAREIL RESPIRATOIRE

*Score respiratoire|_|_|

Score 1	<input type="radio"/> Aucun problème
Score 2	<input type="radio"/> Bronchites / bronchiolites occasionnelles peu sévères (maxi 2)
Score 3	<input type="radio"/> Bronchites / bronchiolites sévères et/ou répétées (≥ 3) ou wheezing fréquent
Score 4	<input type="radio"/> Oxygénothérapie ou trachéotomie / hospitalisations multiples pour problèmes respiratoires

Traitement de fond : non oui NSP

Si oui, précisez :

Indication du SYNAGIS pour la prochaine saison : non oui NSP

Commentaires :
.....

AUTRES PROBLEMES DE SANTE (hors problèmes respiratoires et neurosensoriels) :

Cochez parmi la liste la ou les pathologies rencontrées :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> - ORL | <input type="checkbox"/> - Dermato |
| <input type="checkbox"/> - Digestif / alimentaire | <input type="checkbox"/> - Endocrino |
| <input type="checkbox"/> - Cardio | <input type="checkbox"/> - Malaises |
| <input type="checkbox"/> - Uro-néphro | <input type="checkbox"/> - Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> - Orthopédique | <input type="checkbox"/> - Convulsion fébrile |
| <input type="checkbox"/> - Allergo | <input type="checkbox"/> - Autre : |

Préciser en clair les différents problèmes posés :

.....
.....
.....

***Score global pour ces autres problèmes de santé**|_|

Score 1	<input type="radio"/> Aucun problème
Score 2	<input type="radio"/> Problèmes occasionnels facilement résolus
Score 3	<input type="radio"/> Problèmes répétitifs ou non encore résolus
Score 4	<input type="radio"/> Problèmes gênant la vie quotidienne ou nécessitant plusieurs hospitalisations

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

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, COGNITIF ET RELATIONNEL

Conditions d'examen : Enfant coopérant non oui

MOTRICITÉ

Acquisition de la marche non oui **Si oui, a marché seul vers** |__| (mois)

***Score moteur** |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Absence de déficit moteur d'un membre (obligatoire si score 1) <input type="radio"/> Se met assis seul <input type="radio"/> Assis bien stable avec de bonnes réactions parachute <input type="radio"/> Se met debout en passant bien par le chevalier servant <input type="radio"/> Marche en appui ou seul, déplacements aisés et rapides (ex. Quatre pattes) <input type="radio"/> Oriente correctement la main pour une approche adaptée dans l'espace et directe de l'objet
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne se met pas assis seul mais mis assis : tient bien <input type="radio"/> A trouvé un mode de déplacement ; ébauche la position petit lapin <input type="radio"/> Petit retard des acquisitions mais pas d'anomalie du tonus à l'examen <input type="radio"/> Approche moins adaptée de l'objet mais bon délié des doigts
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mis assis : tient un moment, cyphose – réactions parachute insuffisantes <input type="radio"/> Déplacements limités ou difficiles : retournements, ramper et/ou hypertonie distale des membres inférieurs ou déficit unilatéral, et/ou préhension enraidie, mal calibrée <input type="radio"/> Mauvais délié des doigts
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Grande hypotonie axiale <input type="radio"/> Pas de déplacement : ne rampe pas <input type="radio"/> Doplégie sévère ou quadriplégie manifeste <input type="radio"/> Préhension difficile, absence de délié des doigts

Commentaires :

COGNITIF

***Score cognitif** |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pince pouce index <input type="radio"/> Explore attentivement les objets et porte peu à la bouche, <input type="radio"/> Recherche le jouet caché ostensiblement <input type="radio"/> Commence à remettre la pastille dans le bocal ou les cubes dans la boîte <input type="radio"/> Comprend les ordres, les interdictions <input type="radio"/> Jargonne <input type="radio"/> Pointe du doigt
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Activité exploratrice moins élaborée, porte encore beaucoup à la bouche <input type="radio"/> Vide les boîtes et jette <input type="radio"/> Dévisage l'étranger <input type="radio"/> Fait bravo et/ou au revoir <input type="radio"/> Signe d'anticipation (signe du manteau) <input type="radio"/> Double les monosyllabes
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Peu d'explorations (porte à la bouche et jette) <input type="radio"/> Ne différencie pas l'étranger <input type="radio"/> Pas d'anticipation des situations ; compréhension limitée
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Manipulations absentes ou stéréotypées <input type="radio"/> Contact médiocre à mauvais <input type="radio"/> Indifférent à l'environnement

Commentaires :

INTERACTIONS / RELATION

*Score relationnel |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Répond facilement aux sollicitations d'interaction et d'attention conjointe (obligatoire pour le score 1) ○ Maintient l'interaction (obligatoire pour le score 1) ○ Initie lui-même l'interaction ○ Répond à son prénom ○ Communication non verbale riche ○ Mimique riche, adressée ○ Imitations facilement observées
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Répond aux sollicitations mais ne maintient pas l'interaction, poursuit le jeu en solo (obligatoire pour le score 2) ○ Initie peu l'interaction (obligatoire pour le score 2) ○ Comportement plus « indépendant » - ne cherche pas trop le contact physique ○ Communication non verbale pauvre ; mimique pauvre mais adressée ○ Peu d'imitations ○ Bébé trop calme et trop sérieux ou au contraire agité
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Répond difficilement aux sollicitations (obligatoire pour le score 3) ○ N'initie pas l'interaction ou seulement en cas de détresse (obligatoire pour le score 3) ○ Si semble initier (ex apporte un jouet), est en fait indifférent à la réponse de son interlocuteur ○ Pas d'imitation ○ Absence de mimique ou mimique figée ; rires / sourires non adressés ○ Explore l'environnement, déambule, mais ne s'intéresse pas aux personnes
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aucune réponse aux sollicitations d'interaction (obligatoire pour le score 4) ○ Ne regarde pas les visages ou regard « passe muraille » ○ Activités solitaires et stéréotypées, déconnectées de l'environnement ○ Absence de communication non verbale ○ Pseudo surdité (ne réagit pas aux bruits forts)

Commentaires :

VIE QUOTIDIENNE / COMPORTEMENT

SOMMEIL

*Score sommeil |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles) ○ S'endort facilement et dort très bien en général
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Difficultés d'endormissement ou de réveil occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

Commentaires :

ALIMENTATION

***Score alimentation** |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none">○ Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles)○ Mange très bien en général
Score 2	<ul style="list-style-type: none">○ Difficultés aux repas occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<ul style="list-style-type: none">○ Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème, difficulté lors du passage à la diversification
Score 4	<ul style="list-style-type: none">○ Difficultés importantes : réflexe nauséux fréquent, préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents – nutrition par sonde naso-gastrique ou gastrostomie

Commentaires :
.....

Trouble de la motricité bucco-faciale : non oui NSP
(Bavage important, fausses routes...)

Commentaires :
.....

COMPORTEMENT

***Score comportement psycho-affectif** |__|

Tenir compte à la fois du rapport des parents et du comportement observé en consultation

Cet item explore le bien-être psycho-affectif des enfants (manifestations d'agressivité, de frustration, d'angoisse etc. : Pleurs, colères...) – il est à distinguer de l'item relationnel vu au Chapitre Interactions / relationnel

Score 1	<ul style="list-style-type: none">○ Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles)○ Bébé de bonne humeur et très « facile » en général
Score 2	<ul style="list-style-type: none">○ Difficultés occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<ul style="list-style-type: none">○ Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
Score 4	<ul style="list-style-type: none">○ Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

Commentaires :
.....

Autres problèmes psychologiques : non oui

Décrire :
.....

ASPECTS SENSORIELS

VISION

***Score visuel**

Score 1	<input type="radio"/> Bonne vision de chaque œil et vision des reliefs normale <input type="radio"/> Fixation stable et poursuite oculaire normale sur chaque œil <input type="radio"/> Si trouble de réfraction : modéré, ne nécessitant pas de correction <input type="radio"/> Pas de gêne à l'occlusion
Score 2	<input type="radio"/> Exophorie intermittente <input type="radio"/> Trouble de réfraction nécessitant une correction <input type="radio"/> Si amblyopie : corrigée par les lunettes <input type="radio"/> Port de cache
Score 3	<input type="radio"/> Trouble de réfraction sévère d'au moins 1 œil <input type="radio"/> Amblyopie partiellement corrigée par les lunettes <input type="radio"/> Strabisme manifeste <input type="radio"/> Pas de vision binoculaire
Score 4	<input type="radio"/> Amblyopie bilatérale <input type="radio"/> Fixation absente ou très instable <input type="radio"/> Poursuite oculaire absente ou très limitée

- Si score ≥ 2 , précisez : Œil Droit Œil Gauche

Commentaire :

- Examen ophtalmologique récent avec skiascopie non oui

- Bilan orthoptique non oui

Résultat(s)

- Port de lunettes non oui

- Trouble neurovisuel : non oui Suspect NSP

(Altération du champ visuel attentionnel, mauvaise coordination oculo-manuelle, trouble de coordination du regard, strabisme « neurologique »...)

AUDITION

***Score auditif**

Score 1	<input type="radio"/> Aucune anomalie ; si explorations : normales
Score 2	<input type="radio"/> Surdité unilatérale ou bilatérale légère (perte de 21 à 40 dB)
Score 3	<input type="radio"/> Surdité bilatérale moyenne (perte de 41 à 70 dB)
Score 4	<input type="radio"/> Surdité bilatérale sévère ou profonde (perte > 70 dB)

- Examen de l'audition par un ORL : non oui

- Si score ≥ 2 , précisez : Unilatérale droite Unilatérale gauche Bilatérale

Commentaires :

.....

APPRECIATION GLOBALE DES PARENTS

Ce score concerne la perception des parents sur la qualité de vie familiale suite aux problèmes éventuels de leur enfant.

*Score | |

Score 1	<input type="radio"/> Tout va pour le mieux (si problèmes : bien acceptés et bien gérés)
Score 2	<input type="radio"/> Contraintes modérées / inquiétudes occasionnelles ayant globalement peu d'impact sur l'équilibre familial.
Score 3	<input type="radio"/> Inquiétude et contraintes importantes. <input type="radio"/> Impact notable sur la famille.
Score 4	<input type="radio"/> Impact très lourd, ayant totalement bouleversé la famille.

Commentaires :

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)

.....

.....

.....