

## FICHE DE SUIVI à 2 ans 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 ou nourrice | <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)<sup>2</sup> : |\_|\_|,|\_|\_|    |\_|\_|,|\_|\_| p    Score IMC : |\_|

1 = normal et stable

2 = < 97<sup>ème</sup> p mais rebond d'adiposité (> 1 couloir en 1 an)

3 = obésité > 97<sup>ème</sup> p

4 = insuffisance pondérale (< 3<sup>ème</sup> 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 répétées ( $\geq 3$ ) et /ou sévères ou wheezing fréquent
Score 4	<input type="radio"/> Oxygénothérapie ou trachéotomie / hospitalisations multiples pour problèmes respiratoires

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

## MOTRICITE GLOBALE

\***Score motricité globale** ..... |\_\_|

(Score 1 si items en gras cochés)

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>Marche fluide (obligatoire pour score 1)</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Absence de Déficit moteur d'un membre (obligatoire pour score 1)</b></li><li><input type="checkbox"/> Court</li><li><input type="checkbox"/> Monte et descend l'escalier debout</li><li><input type="checkbox"/> Saute sur les 2 pieds</li><li><input type="checkbox"/> Shoote dans un ballon</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Marche restant hésitante</li><li><input type="checkbox"/> Chute non protégée</li><li><input type="checkbox"/> Monte quelques marche mais ne descend pas</li><li><input type="checkbox"/> Déficit moteur d'un membre</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Diplégie ou hémiplégie spastique</li><li><input type="checkbox"/> Spasticité ou dystonie</li><li><input type="checkbox"/> Démarche anormale, avec équin dynamique ; ou marche assistée</li><li><input type="checkbox"/> Tient assis</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Quadriplégie spastique</li><li><input type="checkbox"/> Pas de marche même assistée</li><li><input type="checkbox"/> Ne Tient pas assis</li><li><input type="checkbox"/> Préhension pathologique</li></ul>

Commentaires :

.....  
.....

**Préciser :** (cocher la situation correspondante à 2 ans)

\***Marche autonome :**

non  oui      Age d'acquisition de la marche autonome (mois) .... |\_\_|\_\_|

Si non :  marche avec aide  Absence de marche

## DIAGNOSTIC MOTEUR

**Difficultés motrices :**                     Non    Oui, suspectées    Oui, certaines    NR  
**Déficit moteur spastique**                 Non    Oui

**Localisation :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unilatéral        | <input type="checkbox"/> Bilatéral        |
| <input type="checkbox"/> Membre sup Gauche | <input type="checkbox"/> Membre sup Droit |
| <input type="checkbox"/> Membre inf Gauche | <input type="checkbox"/> Membre inf Droit |

**Anomalies de l'axe**

- Non    Oui    Hypertonie    Hypotonie

Commentaires sur le développement moteur (Préciser le diagnostic, les éventuelles aides techniques et traitements orthopédiques)

.....  
 .....

**Difficultés motricité fine ou coordination**    non    oui   Précisez : .....

## SCORE MOTRICITE FINE ET COORDINATION OCULO-MANUELLE

Cet item explore l'aspect cognitif des manipulations

**\*Score motricité fine / coordination** .....

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Préhension et manipulation fine aisée</li> <li>○ Utilise correctement la cuillère pour manger</li> <li>○ Emboîte et encastre avec réflexion et application</li> <li>○ Empile 3 cubes</li> <li>○ Bonne coordination bi manuelle (ex : tient le petit flacon d'une main pour introduire la pastille et visser le bouchon).</li> <li>○ Gribouille en portant intérêt aux traces laissées, voire commence à imiter un trait orienté</li> <li>○ Commence à se déshabiller et s'habiller (veut faire seul)</li> <li>○ Renverse pour vider</li> </ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Préhension fine normale mais manipulation plus grossière</li> <li>○ Utilise la cuillère mais renverse souvent</li> <li>○ Encastements aléatoires</li> <li>○ Gribouille sans porter d'intérêt aux traces laissées, pas d'imitation</li> <li>○ Dépose un cube sur la tour mais ne construit pas de lui-même</li> </ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Préhension grossière mais avec intentionnalité</li> <li>○ Saisit sa cuillère (mais ne parvient pas à manger seul)</li> <li>○ Non intéressé par les encastements</li> <li>○ Intéressé par la tour mais ne dépose pas un cube</li> <li>○ Remet dans la boîte</li> <li>○ Intéressé par les jeux de cause à effet (ex : presse un bouton pour voir l'effet)</li> </ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Préhension grossière mais sans intentionnalité</li> <li>○ Absence d'intérêt pour les jeux de cause à effet</li> <li>○ Activités très stéréotypées : vide, jette, tape</li> </ul>

Commentaires .....

.....

## LANGAGE

\*Score langage ..... | \_ |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dit plus de 20 mots</li> <li>○ Associe 2 mots (hors mots-phrases type « il est là »)</li> <li>○ Très bonne compréhension verbale (comprend &gt; 50 mots)</li> <li>○ Dénomme au moins 3 objets / images parmi un choix</li> </ul> <p>Désigne beaucoup d'images</p>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dit environ 10 mots</li> <li>○ Jargon modulé</li> <li>○ Bonne compréhension verbale : peut désigner 1 objet / 1 image parmi un choix</li> <li>○ Très bonne compréhension contextuelle (va chercher, apporte, mets, enlève, ouvre, ferme...) en consultation</li> </ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dit moins de 5 mots</li> <li>○ Compréhension contextuelle limitée aux actions du quotidien</li> <li>○ Compréhension contextuelle en consultation limitée aux actions simples (donne assieds-toi, debout...)</li> <li>○ Regarde les objets courants cités (ballon, chaussures...) mais ne désigne pas (sauf parties du visage/ du corps)</li> </ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pas de mot (sauf mm ou équivalent pour maman, papa)</li> <li>○ Compréhension contextuelle observée seulement par les parents sur quelques actions très ritualisées du quotidien</li> <li>○ Pas de compréhension contextuelle observée en consultation</li> <li>○ Ne désigne pas les parties du corps / du visage</li> </ul>

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

## INTERACTIONS / RELATION

\*Score relationnel ..... | \_ |

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

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

## SYNTHESE SUR LE DEVELOPPEMENT COGNITIF ET DES INTERACTIONS

Suspicion de trouble cognitif quand il existe une anomalie sur les scores motricité fine/ coordinations (sans anomalie sur la motricité globale), communications interactions, langage, résolution de problème

**Difficultés/Anomalies de langage oral :**  non  oui, légères  oui, sévères  NR

**Difficultés/Anomalies cognitives :**  non  oui, suspectes  oui, certaines  NR

**Autisme** ou troubles du spectre autistique :  non  oui  NR

## VIE QUOTIDIENNE / COMPORTEMENT

### SOMMEIL

\*Score sommeil ..... | |

Score 1	<input type="radio"/> Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles) <input type="radio"/> S'endort facilement et dort très bien en général
Score 2	<input type="radio"/> Difficultés d'endormissement ou de réveil occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<input type="radio"/> Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
Score 4	<input type="radio"/> Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

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

### ALIMENTATION

\*Score alimentation ..... | |

Score 1	<input type="radio"/> Pas de problème en général <input type="radio"/> Mange bien en général <input type="radio"/> Peu ou pas de sélectivité
Score 2	<input type="radio"/> Difficultés aux repas occasionnelles et/ou facilement résolues <input type="radio"/> Refus de certains aliments
Score 3	<input type="radio"/> Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème, difficulté lors du passage à la diversification <input type="radio"/> Refuse encore les morceaux
Score 4	<input type="radio"/> Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents <input type="radio"/> Nutrition entérale par sonde naso-gastrique ou gastrostomie

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

**Trouble de la motricité bucco-faciale**  non  oui  NSP

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, opposition, provocation : agitation, inhibition, colère...) – **il est à distinguer de l'item « relationnel » vu au Chapitre Interactions / relations**

Score 1	<input type="radio"/> Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles) <input type="radio"/> Enfant de bonne humeur et très « facile » en général
Score 2	<input type="radio"/> Difficultés occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<input type="radio"/> Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
Score 4	<input type="radio"/> Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

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

### Précisions si difficultés dans le comportement psycho-affectif (score ≥ 2)

Cochez le type de trouble :

- Domaine inhibition/anxiété
- Domaine opposition/provocation
- Domaine hyper kinésie/difficultés attentionnelles

**Autres problèmes comportementaux ou psychologiques**       non     oui

Décrire : .....  
 .....

## AUTRES ASPECTS

**Contrôle des sphincters : Propreté diurne :**  non     oui

### ASQ

Effectué  non     oui

Score total : | | |

Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motricité globale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motricité fine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Résol. de problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apt. indiv. ou soc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60



## ASPECTS SENSORIELS

### VISION

\*Score visuel ..... | |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Bonne vision de chaque œil et vision des reliefs normale</li> <li><input type="radio"/> Fixation stable et poursuite oculaire normale sur chaque œil</li> <li><input type="radio"/> Si trouble de réfraction : modéré, ne nécessitant pas de correction</li> <li><input type="radio"/> Pas de gêne à l'occlusion</li> </ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Exophorie intermittente</li> <li><input type="radio"/> Trouble de réfraction nécessitant une correction</li> <li><input type="radio"/> Si amblyopie : corrigée par les lunettes</li> <li><input type="radio"/> Port de cache</li> </ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trouble de réfraction sévère d'au moins 1 œil</li> <li><input type="radio"/> Amblyopie partiellement corrigée par les lunettes</li> <li><input type="radio"/> Strabisme manifeste</li> <li><input type="radio"/> Pas de vision binoculaire</li> </ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Amblyopie bilatérale</li> <li><input type="radio"/> Fixation absente ou très instable</li> <li><input type="radio"/> Poursuite oculaire absente ou très limitée</li> </ul>

- Si score  $\geq 2$ , précisez :             Œil Droit     Œil Gauche

Commentaire : .....  
 .....

- Examen ophtalmologique récent avec skiascopie             non     oui

Commentaire : .....  
 .....

- Bilan orthoptique             non     oui

Résultat(s).....

- Port de lunettes             non     oui

Commentaire : .....  
 .....

**Trouble neurovisuel :**             non     oui, avéré     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)

**Précisez si score  $\geq 2$  :**  unilatérale droite  
 unilatérale gauche  
 bilatérale

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

**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 apparaît dans l'entête du dossier)

.....

.....

.....