



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 3 ans

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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|

*** MODIFICATION DE LA SITUATION FAMILIALE**

Modification de la structure familiale non oui

Si oui préciser :

SCOLARISATION ET MODE D'ACCUEIL DE L'ENFANT

* Scolarisation : non oui

Si non scolarisé ou scolarisation à temps partiel, mode 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 :
- Crèche collective

Commentaires :

SANTÉ GÉNÉRALE DE L'ENFANT

*Ré-hospitalisation depuis la dernière visite 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 :

.....

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 :

.....

*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
 3 = obésité > 97^{ème} p

2 = < 97^{ème} p mais rebond d'adiposité (> 1 couloir en 1 an)
 4 = insuffisance pondérale (< 3^{ème} p)

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

APPAREIL RESPIRATOIRE

* **Score respiratoire** |__|

Score 1	<input type="radio"/> Aucun problème
Score 2	<input type="radio"/> Crises d'asthme occasionnelles peu sévères (maxi 2)
Score 3	<input type="radio"/> Crises d'asthme sévères ou répétées (≥ 3) et/ou sévère ou wheezing fréquent
Score 4	<input type="radio"/> Oxygénothérapie ou trachéotomie ou pathologie respiratoire nécessitant des hospitalisations multiples

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 motricité globale |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pas de déficit d'un membre (obligatoire si score 1) <input type="radio"/> Monte les escaliers en alternant, descend les escaliers de façon autonome <input type="radio"/> Tricycle, vélo avec stabilisateurs ou trottinette <input type="radio"/> Marche et court avec aisance <input type="radio"/> Shooté dans un ballon avec force et bon équilibre <input type="radio"/> Peut attraper un gros ballon <input type="radio"/> Saute à pieds joints
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Marche et court avec moins d'aisance <input type="radio"/> Monte les escaliers sans alterner ou descend seulement tenu <input type="radio"/> Déficit moteur d'un membre
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Diplégie ou hémiplegie spastique <input type="radio"/> Spasticité ou dystonie <input type="radio"/> Démarche anormale, avec équin dynamique ; ou marche assistée <input type="radio"/> Tient assis
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Quadriplégie spastique <input type="radio"/> Pas de marche même assistée <input type="radio"/> Ne Tient pas assis <input type="radio"/> Préhension pathologique

Commentaires sur le développement moteur :

.....

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"><input type="checkbox"/> S'habille presque seul (sauf boutons)<input type="checkbox"/> Lave et sèche ses mains<input type="checkbox"/> Encastre toutes les formes avec anticipation et orientation correcte de l'objet<input type="checkbox"/> Tour de plus de 8 cubes<input type="checkbox"/> Puzzle de 6 pièces<input type="checkbox"/> Dessine un rond fermé<input type="checkbox"/> S'intéresse et participe au dessin symbolique (ex : bonhomme) voire le réalise seul
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Enlève ses vêtements, en enfile certains<input type="checkbox"/> Encastre toutes les formes simples mais sans anticipation (procède par essais/erreurs) ou avec des difficultés<input type="checkbox"/> Tour de 4 à 8 cubes<input type="checkbox"/> Fait un rond non fermé, imite les traits orientés<input type="checkbox"/> Participe au bonhomme par imitation mais sans symbolisme
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Encastre seulement le rond<input type="checkbox"/> Empile 2-3 cubes<input type="checkbox"/> Gribouillis sans imitation<input type="checkbox"/> Peu intéressé par les jeux de construction, préfère les jeux de cause à effet
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Niveau de jeu : purement sensoriel<input type="checkbox"/> Aucun n'encastrement<input type="checkbox"/> N'empile pas<input type="checkbox"/> Ne tient pas le crayon ou ne s'en sert pas pour gribouiller<input type="checkbox"/> Jette, tape, vide

Commentaires

.....

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 :

LANGAGE

*Score langage |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Phrases (sujet, verbe, complément) ○ Utilise les pronoms je, tu, il, elle ○ Décrit une action sur l'image : répond aux questions « Que fait ...? », « A quoi sert... ? » ○ Compréhension syntaxique des petits mots avec, sur, sous, ...
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Associe les mots, phrases sujet verbe ou verbe objet ○ Nomme les objets mais ne décrit pas une action ○ Compréhension syntaxique faible : sur imagier ne répond qu'à la question « Qu'est ce que c'est... ? »
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mots et mots/phrases isolés ○ Désigne quelques images ou objets ○ Agrammatique ou inintelligible pour les non-familiers
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Moins de 10 mots ○ Pas de désignation
Score 5	<ul style="list-style-type: none"> ○ Non évaluable

* Commentaires (obligatoire s score \geq 3) :

.....

INTERACTIONS / RELATION

*Score relationnel |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Répond facilement aux sollicitations d'interaction et d'attention conjointe, maintient l'interaction et initie lui-même l'interaction ○ Communication verbale ou non verbale riche ○ Manifestation d'empathie (va consoler un camarade) ○ Jeux symboliques riches et jeux de rôle
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Répond aux sollicitations mais ne maintient pas l'interaction (poursuit le jeu solo) ○ Initie peu l'interaction ○ Comportement plus « indépendant »- ne cherche pas trop le contact physique ○ Communication non verbale pauvre ○ Intérêts sélectifs mais non envahissants ○ Enfant trop calme et trop sérieux ou au contraire agité ○ Jeux symboliques pauvres
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Répond difficilement aux sollicitations ○ N'initie pas l'interaction ou seulement en cas de détresse ○ 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 ; rire / 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 ○ 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 :

.....
Autisme ou troubles du spectre autistique ? non oui

CAPACITES ATTENTIONNELLES

***Score attention** |__|

Score 1	<input type="radio"/> Attention soutenue, perspicacité
Score 2	<input type="radio"/> Attention plus labile, passe vite d'une activité à l'autre
Score 3	<input type="radio"/> Gros troubles de concentration pour les activités de manipulation et les activités exploratoires
Score 4	<input type="radio"/> Gros troubles de concentration pour toutes les activités

Commentaires
.....

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 (ou petites difficultés très occasionnelles) <input type="radio"/> Mange très bien en général
Score 2	<input type="radio"/> Difficultés aux repas occasionnelles et/ou facilement résolues
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"/> Repas très long <input type="radio"/> Refus de la nouveauté <input type="radio"/> Stratégie pour éviter déglutition et/ou mastication
Score 4	<input type="radio"/> Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents – nutrition par sonde naso-gastrique ou gastrostomie <input type="radio"/> Problème de socialisation (ne peut manger qu'à la maison)

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 etc. : Pleurs, colères...) – **il est à distinguer de l'item relationnel vu au Chapitre Interactions / relationnel**

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

Propreté diurne : non oui

Propreté nocturne : non oui

Encoprésie : non oui

Précisez :

ASPECTS SENSORIELS

VISION

***Score visuel**

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <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	<ul style="list-style-type: none"> <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	<ul style="list-style-type: none"> <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	<ul style="list-style-type: none"> <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

AUDITION

***Score auditif**

Score 1	<input type="radio"/> Aucune anomalie ; si explorations : normales
Score 2	<input type="radio"/> Surdité unilatérale ou bilatérale légère (perte 21 à 40dB)
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)

Commentaires :

.....

- Si score ≥ 2 , précisez : 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)		
Ophthalmologue		
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	Achévé 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)

.....

.....

.....