

## FICHE DE SUIVI à 5 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 oui, précisez le type de classe ou d'établissement

Normale  CLIS ou autre classe d'intégration  Etablissement spécialisé

Et précisez le niveau :

Petite section  Moyenne section  Grande section  CP  Autre, précisez.....

#### Aménagements scolaires

Projet d'accompagnement personnalisé (PAP/PPS)  non  oui

Scolarisation à temps partiel  non  oui

Auxiliaire de vie scolaire  non  oui

RASED  non  oui

Commentaires : .....

**Si non, Mode(s) d'accueil de l'enfant :** si non scolarisé ou scolarisé à temps partiel (plusieurs modes de garde peuvent être possibles)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parent ou tierce personne au foyer | <input type="checkbox"/> Jardin d'enfant                         |
| <input type="checkbox"/> Assistante maternelle ou nourrice  | <input type="checkbox"/> Etablissement médical ou médico-social, |
| <input type="checkbox"/> Halte-garderie                     | précisez : .....   |
|   | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....                 |

# 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 :**

.....  
 .....

## 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 : .....  
.....  
.....

### PRESSION ARTERIELLE

Systolique   |\_|\_|\_| mm Hg

Diastolique   |\_|\_|\_| mm Hg

Moyenne (si mesure avec un moniteur)   |\_|\_|\_| mm Hg

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

### APPAREIL RESPIRATOIRE

\* **Score respiratoire** ..... |\_|

Score 1	<input type="radio"/> Aucun problème
Score 2	<input type="radio"/> Bronchites / toux / wheezing occasionnels peu sévères
Score 3	<input type="radio"/> Bronchites / toux / wheezing sévères ou répétées ( $\geq 3$ / an) <input type="radio"/> Ou asthme justifiant un traitement de fond
Score 4	<input type="radio"/> Asthme sévère, insuffisance respiratoire ou autre pathologie nécessitant des hospitalisations multiples <input type="radio"/> Oxygénothérapie ou trachéotomie

Commentaires et précisez si traitement de fond :

.....  
.....

### 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 ou problèmes ne gênant pas la vie quotidienne et ne nécessitant pas de consultations fréquentes
Score 3	<input type="radio"/> Problèmes répétitifs ou non encore résolus ou nécessitant des consultations répétées ou des consultations spécialisées rapprochées ( $\geq 3/$ an)
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

\* **Score moteur** : .....|\_|

Score 1	<input type="radio"/> <b>Pas de déficit d'un membre (obligatoire pour score 1)</b> <input type="radio"/> Monte les escaliers en alternant <input type="radio"/> Sait pédaler <input type="radio"/> Saute d'une marche à pieds joints sans appréhension <input type="radio"/> Cloche pied sur le pied dominant <input type="radio"/> Lance le ballon de façon dirigée ; attrape le ballon avec succès le plus souvent <input type="radio"/> A l'aise dans les jeux moteurs de l'école/centre de loisirs
Score 2	<input type="radio"/> Court avec moins d'aisance, trébuché souvent – fatigabilité à la marche <input type="radio"/> Manque d'aisance pour sauter <input type="radio"/> Lance le ballon avec peu de force et de façon non ciblée ; réception difficile, peu coordonnée <input type="radio"/> Déficit d'un membre
Score 3	<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	<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 : .....  
.....

\* **Acquisition de la marche**  non  oui

Si oui, âge d'acquisition de la marche autonome |\_|\_| (mois)

## 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 : .....

## SCORES DE DEVELOPPEMENT DES FONCTIONS NON VERBALES

*Tenir compte aussi des réalisations à l'école et à la maison (cahiers d'école, dessins, coloriages, découpages), et de l'intérêt signalé pour les jeux de constructions /les puzzles.*

*Matériel pour l'évaluation : livre d'images avec petites scènes, suites d'images, cubes, papier et crayons*

\* **Score fonctions non verbales** ..... |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Autonomie</u> : s'habille complètement seul ; autonome aux toilettes ; mange seul (sait se servir du couteau)</li> <li>○ <u>Constructions</u> : reproduit l'escalier de 6 cubes ; constructions en 3D sur modèle</li> <li>○ <u>Dénombrer</u> plus de 5 cubes sans erreur de pointage, notion de cardinalité acquise</li> <li>○ <u>Graphisme</u> : dessine un bonhomme complet avec détails ; reproduit un rectangle avec diagonales, un triangle, assemblage de figures géométriques simples ; écrit son prénom en lettres bâton</li> </ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Autonomie</u> : s'habille en partie seul (aidé pour les boutons, les collants...); moins d'autonomie ; inverse endroit/envers, devant-derrrière</li> <li>○ <u>Constructions</u> : escalier et constructions 3D avec modèle et aide verbale - procède le plus souvent par essais/erreurs</li> <li>○ <u>Dénombrer</u> : erreurs de comptine ou de pointage</li> <li>○ <u>Graphisme</u> : bonhomme immature ; dessine le carré ; doit être aidé par des repères pour les obliques / les diagonales ; figures fermées de spatialisation réussies</li> </ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Echec malgré plusieurs essais, aide verbale ou facilitation topographique des 3 éléments (construction, graphisme, dénombrement,) cités en (2)</li> <li>○ Si difficultés graphiques, construction du carré pas mieux réussie par assemblage de 4 crayons.</li> </ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Activités très pauvres et stéréotypées</li> </ul>
Score 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Non évaluable : opposition irréductible ou difficultés importantes dans un autre domaine (motricité, vision...)</li> </ul>

Commentaires.....  
 .....

Précisez le déficit si score  $\geq 2$  :

- Global suspecté     Eléments précis

Elément précis :

- Autonomie     Dénombrement     Construction     Graphisme

## LANGAGE

\* Score langage ..... |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Langage spontané riche, informatif – peut raconter un fait vécu</li><li>○ Utilise ou comprend une syntaxe élaborée (ex. propositions relatives) ; respect des accords noms-adjectifs</li><li>○ Utilise le langage des sentiments et émotions (peur / tristesse / colère...)</li><li>○ Définit certains mots (définitions et non attributs) - Vocabulaire des contraires</li><li>○ Début des fluences (peut citer plusieurs mots d'une catégorie)</li><li>○ Tous les sons maîtrisés (sauf éventuellement ch/j et s/z)</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Langage avec moins de spontanéité, moins informatif</li><li>○ Vocabulaire moins riche</li><li>○ Syntaxe moins élaborée</li><li>○ Erreurs phonologiques persistantes</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Associe les mots ; phrases élémentaires</li><li>○ Ou difficultés articulatoires</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Au mieux nomme quelques objets, désigne quelques images</li><li>○ Pas de mots ou quelques mots isolés ou enfant inintelligible</li></ul>
Score 5	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Non évaluable (mutisme irréductible)</li></ul>

Commentaires et précision sur le développement du langage : .....

.....

Précisez le diagnostic si connu : .....

## INTERACTIONS / RELATION

Cet item explore le développement des interactions

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

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Répond facilement aux sollicitations d'interaction et d'attention conjointe, maintient l'interaction et initie lui-même l'interaction (obligatoire pour score 1)</b></li><li>○ Communication verbale ou non verbale riche</li><li>○ Manifestation d'empathie (va consoler un camarade)</li><li>○ Jeux de rôle avec expression d'affects</li><li>○ Jeux interactifs riches</li><li>○ Participe aux jeux d'humour des enfants de son âge</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Répond aux sollicitations mais ne maintient pas l'interaction, poursuit le jeu en solo</b></li><li>○ Initie peu l'interaction, préfère jouer seul</li><li>○ Ne cherche pas trop le contact physique ni le contact avec ses pairs</li><li>○ Intérêts sélectifs mais non envahissants</li><li>○ Enfant trop calme et trop sérieux ou au contraire agité</li><li>○ Ne participe pas aux jeux de rôle</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Répond difficilement aux sollicitations</b></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>○ Communication non verbale pauvre</li><li>○ Absence de mimique ou mimique figée ; rire / sourires non adressés</li><li>○ Explore l'environnement, déambule, mais ne s'intéresse pas aux personnes</li><li>○ Intérêts sélectifs très restreints, non partagés, envahissants</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Aucune réponse aux sollicitations d'interaction</b></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.....

.....

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

## CAPACITES ATTENTIONNELLES

Tenir compte des observations des parents et des enseignants

\* **Score attention** .....

|\_ |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Attention soutenue</li><li>○ Suit bien les consignes</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Attention plus labile</li><li>○ Se laisse facilement distraire</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Attention très labile ; abandonne vite une activité ; très brouillon</li><li>○ Interrompt souvent les autres - impulsivité</li><li>○ Remue beaucoup</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Déficit attentionnel marqué avec hyperactivité motrice et impulsivité altérant la vie quotidienne et les apprentissages scolaires</li></ul>
Score 5	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Non évaluable (ex. déficit cognitif sévère)</li></ul>

Commentaires.....  
.....

## VIE QUOTIDIENNE / COMPORTEMENT

### SOMMEIL

\* **Score sommeil** .....

|\_ |

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

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

### ALIMENTATION

\* **Score alimentation** .....

|\_ |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles)</li><li>○ Mange très bien en général</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Difficultés aux repas occasionnelles et/ou facilement résolues</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème, difficulté lors du passage à la diversification</li><li>○ Repas très long</li><li>○ Refus de la nouveauté</li><li>○ Stratégie pour éviter déglutition et/ou mastication</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents - nutrition par sonde naso-gastrique ou gastrostomie</li><li>○ Problème de socialisation (ne peut manger qu'à la maison)</li></ul>

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

Trouble de la motricité bucco-faciale :  non  oui  NSP



Commentaires : .....

.....

## COMPORTEMENT

*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 / relation*

**\* Score comportement psycho-affectif** ..... |\_\_|

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

Commentaires : .....

.....

**Autres domaines 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	<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  $\geq 2$ , précisez :       Œil Droit     Œil Gauche    Commentaire : .....
- Examen ophtalmologique récent avec skiascopie       non     oui
- Bilan orthoptique       non     oui

Résultat(s) .....

- Port de lunettes       non     oui

**Perception visuelle et spatiale** : .....

1- Normal    2- Suspecte    3- Altérée    4- Non explorable

*Troubles à suspecter si confusions sur les images, si difficultés de repérage à l'école (perdu en cour de récréation) ou dans les grandes surfaces, si trouble de l'exploration visuelle  
Faire si doute une épreuve de barrage*

## 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 : .....  
.....

- Précisez :     Unilatérale droit     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 appréciation globale des parents** ..... | \_ |

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	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
<b>Dossier MDPH</b>			

**NOTES**

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

.....

.....

.....