

FICHE DE SUIVI à 6 ans

ATTENTION PREPARER BILAN LISTE DES PRE-REQUIS POUR ENTREE AU CP

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 Établissement spécialisé

Et précisez le niveau :

Moyenne section Grande section CP CE1 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

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

- Parent ou tierce personne au foyer
- Assistante maternelle ou nourrice
- Halte-garderie
- Jardin d'enfant
- Établissement médical ou médico-social,
précisez :
- Autre, précisez :

Commentaires sur la scolarisation :

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)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 :
.....
.....

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 (≥ 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 problème 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

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

* **Score moteur** :|_|

Score 1	<input type="radio"/> Pas de déficit d'un membre <input type="radio"/> Monte et descend 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 chaque pied <input type="radio"/> Tient en équilibre 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 loisir
Score 2	<input type="radio"/> Court avec moins d'aisance, trébuche 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"/> Peu d'aisance dans les jeux sportifs (parcours, jeux moteurs à l'école ...) <input type="radio"/> Déficit d'un membre
Score 3	<input type="radio"/> Daplégie ou hémiparlégie 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 :

.....

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"> ○ <u>Autonomie</u> : s'habille complètement seul (sauf lacets) ; autonome aux toilettes ; mange seul (sait se servir du couteau, sait tartiner) ; se coiffe ; se mouche ; connaît sa droite et sa gauche ○ <u>Constructions</u> : reproduit aisément l'escalier de 10 cubes ; constructions en 3D sur modèle ○ <u>Dénombre</u> plus de 10 cubes sans erreur de pointage, notion de cardinalité acquise ; surcomptage de 1 et de 2 ; comptine des chiffres à rebours et décomptage de 1 ○ <u>Mémoire de travail</u> : peut répéter 2 chiffres à l'envers ○ <u>Graphisme</u> : dessin figuratif riche, avec détails ; reproduit les figures géométriques avec obliques et croisements (triangle, astérisque, diagonales) et un assemblage de figures géométriques (pseudo figure de Rey) ; début des lettres cursives ou reproduit des boucles et des boucles alternées (graphotomes) ; frise de Luria respectée
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Autonomie</u> : s'habille en partie seul (aidé pour les boutons, les collants...); moins d'autonomie ; inverse endroit/envers, devant-derrrière ○ <u>Constructions</u> : escalier avec modèle et aide verbale ○ <u>Dénombrement</u> : erreurs de comptine ou de pointage ; pas de surcomptage ○ <u>Mémoire de travail</u> : ne restitue pas 2 chiffres à l'envers ○ <u>Graphisme</u> : reproductions approximatives ; dessin de bonhomme / maison : immature
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Echec malgré plusieurs essais, aide verbale ou facilitation topographique des 3 éléments (construction, graphisme, dénombrement) cités en (2) ○ Faible investissement dans le graphisme et les jeux de constructions
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Graphisme et constructions élémentaires (gribouille, empile) ou absentes ○ Activités très pauvres et stéréotypées
Score 5	<ul style="list-style-type: none"> ○ Non évaluable : opposition irréductible ou difficultés importantes dans un autre domaine (motricité, vision...)

Commentaires.....

Précisez le déficit si score ≥ 2 :

- Global suspecté Éléments précis

Précisez déficit :

- Autonomie Dénombrement Construction Graphisme

LANGAGE

*** Score langage oral** |_|

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

Commentaires précisions éventuelles sur la mémoire auditivo-verbale (exemple : répétition des chiffres) :

.....

*** Score prérequis du langage écrit / métaphonologie** |_|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Reconnaît et écrit beaucoup de lettres <input type="radio"/> Segmentation des syllabes <input type="radio"/> Soustraction des syllabes <input type="radio"/> Reconnaissance des rimes
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Seulement la segmentation des syllabes (pas de soustraction) <input type="radio"/> Reconnaît et écrit qq lettres (au moins celles de son prénom)
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Écrit son prénom ou qq lettres de son prénom ou reconnaît son prénom mais sans identifier les lettres <input type="radio"/> Aucune compétence métaphonologique
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> N'identifie pas son prénom écrit <input type="radio"/> Pas d'intérêt pour le langage écrit
Score 5	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Non évaluable

Commentaire et précisions sur le développement du langage écrit ; si score 3 ou 4, préciser le diagnostic si connu

.....

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 de rôle avec expression d'affects ○ Jeux interactifs riches ○ Participe aux jeux d'humour des enfants de son âge
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, préfère jouer seul ○ Ne cherche pas trop le contact physique ni le contact avec ses pairs ○ Intérêts sélectifs mais non envahissants ○ Enfant trop calme et trop sérieux ou au contraire agité ○ Ne participe pas aux jeux de rôle
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 ○ Communication non verbale pauvre ○ Absence de mimique ou mimique figée ; rire / sourires non adressés ○ Explore l'environnement, déambule, mais ne s'intéresse pas aux personnes ○ Intérêts sélectifs très restreints, non partagés, envahissants
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

Tenir compte des observations des parents et des enseignants

* Score attention |__|

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

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 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 <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/sociabilité** | _ |

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 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 :

.....

Contrôle de sphincters : 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 ≥ 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 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

Précisez : Unilatérale droit 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	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)

.....

.....

.....