

## Consultation intermédiaire à 9 mois AC

### 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                 |   |

## MOTIF DE CETTE VISITE INTERMEDIAIRE

- Suivi médical et développemental simple
- Point(s) à suivre ou accompagner plus spécifiquement, préciser :
  - Croissance
  - Difficultés d'alimentation
  - Pathologie respiratoire
  - Difficultés de sommeil ou de comportement
  - Autre problème de santé récurrent ou chronique
  - Qualité des interactions
  - Développement moteur
  - Aspects psychologiques et/ou sociaux
  - Développement cognitif
  - autres

Commentaires : .....

.....

## FAITS MARQUANTS DEPUIS LA PRECEDENTE VISITE RESEAU

\*Ré-hospitalisation depuis la dernière visite réseau :  non  oui **Nombre** : |\_|\_|

\*Renseignez les dates, lieux et motifs d'hospitalisation :

| *Date entrée | Date sortie | *Lieu d'hospitalisation | *Motif<br>(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 :

.....

.....

.....

.....

IRM récupérée :  non  oui

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

**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 : .....  
.....  
.....

**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 :<br>CMP, CMPP<br>CAMSP<br>SESSAD<br>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"/> | .... / .... /<br>.... |
| Allocation journalière de présence parentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .... / .... /<br>.... |
| AEEH   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .... / .... / ...     |
| CMU / AME                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .... / .... /<br>.... |
| Autre : .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .... / .... /<br>.... |

|                     | Sollicité le | Acquis le | NSP |
|---------------------|--------------|-----------|-----|
| <b>Dossier MDPH</b> |              |           |     |

**NOTES**

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

.....

.....

.....