

CONSULTATION 4 MOIS AC



Nom : _____ Prénom : _____ DDN : ____/____/____

ADMINISTRATIF

Date de consultation : ____/____/____

Nom médecin consultant : _____

Pilote/Pédiatre hospitalier Pilote libéral/MG référent Pilote PMI

Cs réalisée : oui non

Si cs non réalisée : cs annulée par les parents

Parents présents : père
 mère
 les 2 parents
 autre : _____

parents non venus à la cs
 enfant malade/hospitalisé
 parents non joignables
 non convoqué/oubli
 autre

SANTE GENERALE DE L'ENFANT

Événements notables et évolutions depuis la dernière consultation :

Hospitalisation depuis la dernière consultation (hors HAD) :

Motif : _____

Vaccins à jour : oui non

Mode de garde : Famille

Vit avec ses 2 parents : oui non

Collectivité
 Assistante maternelle
 Autre personne à domicile

MENSURATIONS

Poids : _____ gr

Taille : _____ cm

PC : _____ cm

ENVIRONNEMENT ET SOMMEIL

Tabagisme passif : oui non

Troubles du sommeil : oui non

Qualité du sommeil: Bonne
 Variable
 Difficile
 NR

Pleurs : Facilement consolable
 Pleurs excessifs
 Non précisé

Lieu de couchage : Chambre des parents
 Autre chambre
 Dans le lit des parents
 Non connue

Couchage : Dos
 Autre
 Non connue

ALIMENTATION / DIGESTIF

Type d'alimentation : Maternel Mixte Artificiel Non disponible

Troubles alimentaires : oui non Diversification alimentaire débutée : oui non

Troubles de l'oralité : oui non Si oui, PEC orthophonie mise en place : oui non

Troubles digestifs :

RGO Trouble du transit

Pathologie digestive sévère/suivi gastropéd Nutrition entérale sonde ou gastrostomie

Autre trouble : _____

Commentaires :

RESPIRATOIRE

Pathologies respiratoires : Aucune
 Bronchiolites isolées
 Hyperréactivité bronchique
 Autre : _____

Appareil respiratoire normal : oui non

Si anormal, précision : _____

Traitements médicamenteux en cours :

Corticoïdes inhalés Bronchodilatateurs inhalés Autre : _____

Hospitalisation à domicile (HAD) : non
 oui toujours en cours
 arrêtée depuis le : _____

Oxygène/support ventilatoire en cours : oui non Scope en cours : oui non

Synagis : Non indiqué
 A prévoir en saison
 En cours
 Refus

AUTRES PATHOLOGIES SOMATIQUES

NEUROLOGIQUE**Codage neuro :**

- 0 – Normal
 1 – Douteux
 2 - Pathologique

Aide pour la saisie :

Score 0	Normal si : <ul style="list-style-type: none"> - Gesticulation riche, symétrique - Maintenu assis tient sa tête droite - Mis en position ventrale : redresse sa tête à 90°, prend appui sur ses avant bras - Tonus axial flexion ≥ extension - Angles poplités normaux (≥ 90°) - Adducteurs normaux (D + G ≥ 70°) - Bonnes réponses antigraavitaires - Bonne participation aux enchainements moteurs - Ouvre les mains en regardant l'objet - Attrape un objet au contact ou à distance
Score 1	Douteux si : <ul style="list-style-type: none"> - Motricité pauvre - Maintenu assis tient sa tête droite mais déséquilibre fléchisseurs et extenseurs - Asymétrie de tonus segmentaire ou angles serrés ou laxes - Réponses antigraavitaires incomplètes, lentes ou saccadées
Score 2	Pathologique si : <ul style="list-style-type: none"> - Motricité figée - Hypotonie axiale avec tête non tenue - Hypertonie franche des membres avec retentissement sur les acquisitions posturales

INTERACTIONS / RELATION**Codage interaction :**

- 0 – Normal
 1 – Douteux
 2 - Pathologique

Aide pour la saisie :

Score 0	Normal si : <ul style="list-style-type: none"> - Répond aux sollicitations et sollicite activement - Bon contact oculaire - Sourire-réponse - Rit aux éclats - Si agité, se laisse facilement apaiser - Vocalises prolongées - S'intéresse plus aux visages qu'aux objets
Score 1	Douteux si : <ul style="list-style-type: none"> - Répond aux sollicitations mais ne sollicite pas - Ne s'intéresse pas plus aux visages qu'aux objets - Si agité, long à apaiser
Score 2	Pathologique si : <ul style="list-style-type: none"> - Répond peu ou pas aux sollicitations, pas d'interactivité - Absence de sourire-réponse - Irritabilité difficile à consoler

Codage M-ADBB : _____

Anxiété, fatigue, difficultés parentales :

- 0 - Normal
 1 - Difficultés modérées, vigilance à maintenir → EPDS conseillé
 2 - Difficultés importantes, PEC nécessaire → EPDS conseillé

Outil dépression post-partum : autoquestionnaire EPDS

SENSORIELPoursuite oculaire facile : oui nonLueurs pupillaires présentes sans leucocorie : oui non**Codage vision :**

- 0 – Normal
 1 – Douteux
 2 - Pathologique

Aide pour la saisie :

Score 0	Normal si : - Fixation et poursuite normales
Score 1	Douteux si : - Fixation ou poursuite imparfaite
Score 2	Pathologique si : - Absence de fixation - Absence de poursuite - Errance du regard - Signe oculo digital - Signe de l'éventail

Exploration visuelle depuis la sortie :

 oui non**Codage audition :**

- 0 – Normal
 1 – Douteux
 2 – Pathologique

Si suivi CEAE, diagnostic et nom du CEAE : _____

Anomalie du conduit auditif externe ou pavillon : oui non**PRISE EN CHARGE****Professionnels libéraux :**

Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Psychomotricien	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Orthophoniste	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Soutien psycho	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Orthoptiste	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
MPR	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Autre	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé

Structures multidisciplinaires :

Plateforme territoriale de coordination	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
CAMSP	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
CMP - CMPP	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
SESSAD	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Réseau DYS	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Autre	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé

 Demande de passage en Staff/RCP réseau

Commentaire sur la prise en charge et nom des rééducateurs : _____

COMMENTAIRES SUR LA CONSULTATION**Prochains RDV réseau : médecin à 9 mois AC et psychologue vers les 6 mois de l'enfant**