

**CONSULTATION  
9 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

parents non venus à la cs

mère

enfant malade/hospitalisé

les 2 parents

parents non joignables

autre : \_\_\_\_\_

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

Beyfortus réalisé (lors de cette consult. ou antérieurement) :

Collectivité

Oui     Non

Assistante maternelle

Autre personne à domicile

Vit avec ses 2 parents :     oui     non

**MENSURATIONS**

Poids : \_\_\_\_\_ gr

Taille : \_\_\_\_\_ cm

PC : \_\_\_\_\_ cm

IMC : \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**ENVIRONNEMENT ET SOMMEIL**

Tabagisme passif :     oui     non

Endormissement :     Seul sans problème

Difficile

Avec un parent

Sommeil nocturne continu     oui     non

Lieu de couchage :     Chambre des parents

Autre chambre

Pleurs :     Facilement consolable

Dans le lit des parents

Pleurs excessifs

Non connue

Non précisé

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 :**

<b>Score 0</b>	Normal si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tonus : axial flexion <math>\geq</math> extension</li> <li>- Angles poplités normaux (<math>\geq 110^\circ</math>)</li> <li>- Adducteurs normaux (D + G <math>\geq 100^\circ</math>)</li> <li>- Dorsiflexion normale <math>\leq 80^\circ</math></li> <li>- Assis bien stable avec de bonnes réactions parachutes</li> <li>- Tonus segmentaire symétrique</li> <li>- Absence de stretch</li> <li>- Motricité symétrique des 4 membres</li> <li>- ROT normaux</li> </ul>
<b>Score 1</b>	Douteux si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déséquilibre fléchisseurs et extenseurs</li> <li>- Anomalie de tonus segmentaire</li> <li>- Stretch phasique isolé</li> <li>- Absence de réaction parachute</li> <li>- ROT vifs</li> </ul>
<b>Score 2</b>	Pathologique si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypotonie axiale et/ou hypertonie franche des membres avec retentissement sur les acquisitions posturales</li> <li>- Réflexe tonique asymétrique du cou présent</li> <li>- ROT très vifs/ polycynétiques/ absents</li> </ul>

**MOTRICITE GLOBALE****Codage motricité globale :**

- 0 – Normal  
 1 – Douteux  
 2 - Pathologique

Âge de la tenue assise :  
 \_\_\_\_\_ mois AR

Ou \_\_\_\_\_ mois AC

**Aide pour la saisie :**

<b>Score 0</b>	Normal si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tient assis sans appui</li> <li>- Se déplace quel que soit le mode</li> <li>- Se retourne dos-ventre et ventre-dos</li> <li>- Tient debout avec appui</li> </ul>
<b>Score 1</b>	Douteux si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situations intermédiaires</li> </ul>
<b>Score 2</b>	Pathologique si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne tient pas assis</li> <li>- Ne s'assoit pas seul</li> <li>- Ne se déplace pas seul au sol</li> </ul>

**COORDINATION / MOTRICITE FINE****Codage motricité fine :**

- 0 – Normal  
 1 – Douteux  
 2 - Pathologique

**Aide pour la saisie :**

<b>Score 0</b>	Normal si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saisit un objet avec participation du pouce</li> <li>- Préhension fine acquise</li> <li>- Passe un objet d'une main à l'autre</li> <li>- Tape 2 objets l'un contre l'autre</li> </ul>
<b>Score 1</b>	Douteux si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situations intermédiaires</li> </ul>
<b>Score 2</b>	Pathologique si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne passe pas un objet d'une main à l'autre</li> <li>- N'utilise pas le pouce en opposition</li> </ul>

- Pas de préhension volontaire

## LANGAGE / COMMUNICATION

### Codage communication :

- 0 – Normal
- 1 – Douteux
- 2 - Pathologique

### Aide pour la saisie :

<b>Score 0</b>	Normal si : <ul style="list-style-type: none"><li>- Double les syllabes</li><li>- Réagit à son prénom</li><li>- Répète certains sons</li><li>- Gestes sociaux à visée communicative (bye-bye / marionnettes / coucou...)</li><li>- Regarde l'interlocuteur</li></ul>
<b>Score 1</b>	Douteux si : <ul style="list-style-type: none"><li>- Situations intermédiaires</li></ul>
<b>Score 2</b>	Pathologique si : <ul style="list-style-type: none"><li>- Absence de babil</li><li>- Ne répète pas les sons</li><li>- Ne regarde pas l'interlocuteur/ Evitement du regard</li></ul>

## APTITUDES INDIVIDUELLES ET SOCIALES

### Codage aptitudes :

- 0 – Normal
- 1 – Douteux
- 2 - Pathologique

### Aide pour la saisie :

<b>Score 0</b>	Normal si : <ul style="list-style-type: none"><li>- Mange avec les doigts ou tient son biberon</li><li>- A peur des visages non familiers</li><li>- Pointe sur ce qui l'intéresse</li><li>- S'intéresse à un objet présenté par l'adulte</li><li>- Se prête activement à l'habillage</li><li>- Répond aux sollicitations et sollicite activement</li><li>- Initie et maintient l'interaction</li><li>- Retrouve un objet caché</li></ul>
<b>Score 1</b>	Douteux si : <ul style="list-style-type: none"><li>- Répond aux sollicitations mais ne sollicite pas</li><li>- S'intéresse aux objets et aux visages sur sollicitations mais non spontanément</li><li>- Situations intermédiaires</li></ul>
<b>Score 2</b>	Pathologique si : <ul style="list-style-type: none"><li>- Ne participe pas au repas</li><li>- Répond difficilement aux sollicitations</li></ul>

Codage M-ADBB : \_\_\_\_\_

## SENSORIEL

Poursuite oculaire facile :  oui  non

Examen de l'œil normal :  oui  non

Correction :  oui  non

### Codage vision :

- 0 – Normal
- 1 – Douteux
- 2 – Pathologique

### Aide pour la saisie :

<b>Score 0</b>	Normal si : <ul style="list-style-type: none"><li>- Fixation, poursuite, examen oculaire normaux</li></ul>
<b>Score 1</b>	Douteux si : <ul style="list-style-type: none"><li>- Fixation ou poursuite imparfaite</li><li>- Troubles de réfraction nécessitant une correction par lunettes</li><li>- A contrôler</li></ul>
<b>Score 2</b>	Pathologique si : <ul style="list-style-type: none"><li>- Séquelles ROP</li><li>- Nystagmus</li><li>- Absence de poursuite</li><li>- Amblyopie</li><li>- Errance du regard</li></ul>

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
|  | - Strabisme           | - Signe oculodigital, |
|  | - Absence de fixation | - Signe de l'éventail |

Tympans normaux :  oui  non

Se retourne sur un bruit porté hors de sa vue :  oui  non

**Codage audition :**

- 0 – Normal  
 1 – Douteux  
 2 - Pathologique

Précisions troubles auditifs, : \_\_\_\_\_

**VECU FAMILIAL**

- Qualité de vie :  1 - Pas de répercussion sur la vie familiale  
 2 - Contraintes ou inquiétudes modérées  
 3 - Inquiétudes ou contraintes avec impact notable sur la vie familiale  
 4 - Impact très lourd ayant totalement bouleversé la vie familiale

Rencontre psychologue effectuée :  oui  non

- 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*

**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 12 mois AC  
Prendre un RDV orthoptiste / Ophtalmologiste**