



DOSSIER MÉDICAL

Nom de l'enfant : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Age :

Nom du Médecin :
 Adresse postale :
 Téléphone : / / / /
 Mail :
 Date de l'examen :/...../.....

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

	ATCD médico-chirurgicaux	ATCD de troubles des apprentissages	Profession
Père			
Mère			
Fratrie			

ELEMENTS PERI-NATAUX

○ **GROSSESSE**

Normale

OUI NON NE SAIT PAS

Si NON préciser : grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection anténatale (préciser), prise de toxique (préciser) *(texte libre)*

○ **NAISSANCE**

Age gestationnel : SA *(entre 24 et 42)* Poids : Taille : PC :

Apgar à 1mn =/10 5mn =/10

Anoxie périnatale

OUI NON NE SAIT PAS

Hospitalisation en période néonatale

OUI NON NE SAIT PAS

Commentaire période néonatale (en particulier : Hospitalisation néonatale, pathologie maternelle dont dépression du post-partum) *(texte libre)*



DOSSIER MÉDICAL

ANTECEDENTS PERSONNELS

○ **MEDICAUX** : NON OUI : LESQUELS :

○ **CHIRURGICAUX** : NON OUI : LESQUELS :

○ **ORL** : NON OUI : LEQUEL :

Suivi ORL : NON OUI Nom :

○ **OPHTALMO** : NON OUI : LEQUEL

Suivi Ophtalmo : NON OUI : Nom :

Suivi Orthoptique : NON OUI : Nom :

○ **SIGNES D'ALERTE DANS LES 3 PREMIERS MOIS DE VIE** : NON OUI

Si OUI LESQUELS :

Dépression maternelle du post partum OUI NON

Difficultés d'interaction parents-enfant OUI NON

Sourire réponse OUI NON

Contact visuel OUI NON

ELEMENTS DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

○ **COMMUNICATION, INTERACTIONS SOCIALES**:

Présence de signes d'alerte : NON OUI : Anomalie du regard

Ne répond pas à l'appel de son prénom

Ne sollicite pas l'autre

Ne cherche pas à communiquer

Agité

Ne peut pas se poser sur une activité

Autres :

○ **LANGAGE ORAL** :

Normal pour l'âge Anormal : Retard

Difficultés dans la production du langage oral

Difficultés dans la compréhension du langage oral



DOSSIER MÉDICAL

o COMPORTEMENT :

Adapté Signes d'alerte : Stéréotypies

Intérêts restreints

Particularités sensorielles :

- Est gêné par des vêtements particuliers, des textures alimentaires particulières : OUI NON
- Est gêné ou recherche des odeurs particulières, des bruits forts, des lumières fortes : OUI NON

Difficultés dans les interactions avec les parents et avec les autres enfants OUI NON

Difficultés d'adaptation à la collectivité et à l'école OUI NON

Difficultés dans le respect des règles de vie en groupe OUI NON

Difficultés de concentration OUI NON

o MOTEUR :

1- Tenue assise autonome à 9 mois : OUI NON âge :

Marche autonome avant 18 mois : OUI NON âge :

2- Motricité globale : Pas de difficultés

Difficultés : Pour marcher

Pour courir

Pour sauter

Pour pédaler

Coordination motrice (maladroit)

3- Motricité fine : Pas de difficulté Difficultés pour : Tenir les couverts

Dessiner

Répercussion sur le quotidien (maison/école)

4- A l'examen clinique :

Normal

Anormal pourquoi :

o LES JEUX :

- Est-ce qu'il est intéressé par les jeux : oui non

- Peut jouer seul : oui non

- Jeux adaptés à l'âge : oui non



DOSSIER MÉDICAL

CONCLUSION

Quelles sont vos principales inquiétudes concernant le développement de cet enfant ?

Avez-vous une hypothèse diagnostique ?

Avez vous des préconisations de soins ?

Les parents sont d'accord pour que la Plateforme soit sollicitée

OUI NON NE SAIT PAS

Si des bilans et interventions précoces sont nécessaires :

- Les parents accepteraient une prise en charge institutionnelle
- Les parents accepteraient une prise en charge libérale

OUI NON NE SAIT PAS

OUI NON NE SAIT PAS

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation

Signature – Tampon du médecin