



Dossier MEDICAL

Nom de l'enfant : Prénom :
 Date de naissance : Âge : ans

Nom du médecin :
 Adresse :

 Téléphone : / / / /
 Mail : @
 Date de l'examen : / /

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

	ATCD Médico - chirurgicaux	ATCD TND ou psychiatriques
Père	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fratric	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cousins-Oncle-Tente-Gd parents	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE L'ENFANT :

Grossesse :

Déroulement :
 Préciser : multiple, FIV,RCIU,MAP,infection néonatale(préciser),prise de toxique(préciser) :

Naissance :

- Accouchement : normal ou césarienne programmée
 voie basse dystocique césarienne en urgence

- Âge gestationnel : (entre 24 et 42)

Poids : kg Taille : cm PC : cm apgar : à 1 mn à 5 mn



PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation
Troubles Neuro Développementaux



Dossier MEDICAL

Anoxie périnatale : oui non

Hospitalisation en période néonatale : oui non

Commentaire période néonatale :

(En particulier hospitalisation néonatale, pathologie maternelle dont dépression post-partum)

Atécédants médicaux - chirurgicaux de l'enfant:

Problèmes ORL(auditifs) : oui non

Problèmes visuels : oui non

ATCD chirurgicaux : oui non

Hospitalisations (hors période néonatale) : oui non

ATCD médicaux : oui non

Si oui à une de ces questions préciser :

(En particulier : date - moi et jour d'hospitaliation - type de problème médical)

Traitement médicamenteux au long cours (en cours ou antérieur): oui non

Si oui préciser :

EXAMEN SENSORIEL:



PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation
Troubles Neuro Développementaux



Dossier MEDICAL

Vision :

De loin.....OD = OG = Test utilisé :

De prèsOD = OG = Test utilisé :

Vision du relief normale OUI NON Test utilisé :

Audition :

Normale OUI NON

Test utilisé : Audiométrie totale Audiométrie vocale
 Voix chuchotée Examen ORL récent

EXAMEN SOMATIQUE :

Poids : Taille : PC :

Présence de particularités morphologiques : OUI NON

Si oui préciser : [CRANE (microcéphalie, macrocéphalie, anomalie de forme) VISAGE, MEMBRES , RACHIS (Anomalie de la statique vertébrale (scoliose, cyphose, hyperlordose, etc.), Dignes de dysraphie (touffe de poimls, fossette sacro coccygienne, etc.), LIGNE MEDIANE (luette bifide, hernie ombilicale, etc...)] :

Examen somatique général : NORMAL PATHOLOGIQUE

Si pathologique préciser : (cardiaque, pulmonaire, dentition, hypertrophie amygdalienne, hépatomégalie, splénomégalie, hyperlaxité ligamentaire, anomalie de organes génitaux esternes)

Examen cutané : NORMAL PATHOLOGIQUE

Si pathologique préciser : (Anomalie du pigment et/ou d'élasticité, taches café ou lait, taches achromatiques, lentigines, neurofibromes,...)

EXAMEN DU NEURO DÉVELOPPEMENT :



PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation
Troubles Neuro Développementaux



Dossier MEDICAL

Développement précoce dans la 1ère année de vie_:

- Dépression maternelle du post partum.....oui non
- Difficultés d'interaction parents-enfant.....oui non
- Sourire réponse.....oui non
- Contact visuel.....oui non
- Répond à son prénom.....oui non
- Difficultés d'alimentation.....oui non
- Difficultés de sommeil.....oui non

Langage oral:

- Premiers mots :..... oui âge non
- Associations de mots :..... oui âge non
- Première phrase : oui âge non
- Prononciation : normale pathologique
- Compréhension des consignes : normale pathologique

Communication / Relation aux autres:

- Contact visuel :oui non
- Pointe du doigt :oui non
- Attention conjointe partagée :oui non
- Jeu d'imitation sociale :oui non
- A des amis :oui non
- Joue avec les autres enfants :oui non
- Participe à des jeux collectifs à l'école ou à la crèche :oui non

Motricité globale :

- Tenue tête (âge corrigé si naissance < 37SA) :.....oui âge non
- Marche autonome (âge corrigé si naissance < 37SA) :oui âge non
- Vélo sans roulettes :.....oui âge non
- Course :..... normale maladroite
- Marche sur une ligne :.....oui non
- Marche sur talons/pointe pieds :.....oui non
- Équilibre bipodal :.....oui non



PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation
Troubles Neuro Développementaux



Dossier MEDICAL

Équilibre monopodal : oui non

Saut cloche pied : oui non

Accroupi, se relève : oui non

Motricité fine et praxie:

Fait des puzzles oui non

Jeux de constructions (kappas, légos) oui non

Peut s'habiller seul oui non

Fait ses lacets oui non

Utilise son couteau oui non

Graphisme :

Dessine des traits oui non

Dessine des formes oui non

Fait un dessin structuré oui non

Apprentissages :

Difficultés pour apprendre à lire oui non

Difficultés dans l'écriture oui non

Difficultés pour orthographier des mots oui non

Difficultés pour calculer oui non

Attention et régulation comportementale :

Semble souvent ne pas écouter les consignes données oui non

A du mal à soutenir son attention en classe ou dans les jeux oui non

Fait des fautes d'étourderies oui non

Évite les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu oui non

Perd souvent ses affaires oui non

Se laisse facilement distraire par des stimuli externes oui non

Présente une agitation psychomotrice ou une instabilité oui non

A du mal à rester tranquille pendant un jeu oui non

Parle sans cesse ou trop oui non

Peut se montrer agressif envers les autres oui non



PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation
Troubles Neuro Développementaux



Dossier MEDICAL

Peut se faire du mal (se taper griffer).....oui non

Peut être opposant et /ou provocant.....oui non

Sommeil / Propreté / Alimentation :

A des difficultés d'endormissement.....oui non

Ne s'endort pas seul.....oui non

A des réveils nocturnes.....oui non

Propreté diurne.....oui âge non

Propreté nocturne.....oui âge non

A une alimentation sélective.....oui non

Sensorialité:

Est gêné par certaines odeurs, matières, textures alimentaires. oui non

Recherche certaines sensations : mouvements, lumières autres .oui non

A des stéréotypies (battements mains, sauts).....oui non

A des intérêts spécifiques.....oui non

Anxiété :

enfant anxieux.....oui non

a-t-il des peurs spécifiques.....oui non

Si oui lesquelles :

COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN :

Préciser :

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>



PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation
Troubles Neuro Développementaux



Dossier MEDICAL

CONCLUSION et appréciations particulières si besoin:

Quelles hypothèses diagnostiques faites-vous ?

Quelles préconisations envisagez-vous ?

Serez-vous le médecin référent de l'enfant ?..... oui non

- Si des bilans et interventions précoces sont nécessaires :
- les parents accepteraient une prise en charge institutionnelle.....oui non
 - Les parents accepteraient une prise en charge libérale.....oui non

Signature et tampon du médecin :

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation

