



## 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 près .....OD =  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 (tousse 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



### 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 :

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



# 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



# PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation  
Troubles Neuro Développementaux



## Dossier MEDICAL

Remarques autres ou autres difficultés signalées :

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |