

BILAN SANTE PROTEGEE

ANTECEDENTS

Date de mise à jour :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Age :	

ANTECEDENTS FAMILIAUX que les parents souhaitent communiquer

Frère ou sœur ou parent (1^{er} degré) souffrant de TND

Autre :

PERIODE PERINATALE, si connu

Naissance

Âge gestationnel : Grande prématurité
Poids de naissance : Poids de naissance inférieur à 1 500 grammes
Taille de naissance :
PC de naissance : Microcéphalie (PC < -2 DS, congénitale ou secondaire)

Grossesse, accouchement et période néonatale

Exposition prénatale à un toxique majeur du neuro-développement (alcool, certains antiépileptiques)
Encéphalopathies aigües néonatales (incluant convulsions)
Anomalies cérébrales de pronostic incertain (ventriculomégalie, agénésie corps calleux, etc.)
Infections congénitales ou néonatales (CMV, toxoplasmose, rubéole, méningites / encéphalites, etc.)
Syndromes génétiques pouvant affecter le neuro-développement
Cardiopathies congénitales complexes opérées
Chirurgie majeure (cerveau, abdomen, thorax)
Ictère néonatal sévère, y compris à terme (bilirubine >400 µmol/l)

Les items en violet correspondent aux signes d'alerte pour le repérage des troubles du neuro-développement (TND). Outre les hauts facteurs de risque de TND liés aux antécédent de l'enfant, ces signes d'alerte tiennent compte de quatre ou cinq domaines de développement en fonction de l'âge de l'enfant, ainsi que de comportements inadaptés dans des registres instinctuel, sensoriel et émotionnel quel que soit l'âge de l'enfant (voir bilans de santé par tranche d'âge). Le cas échéant, ils doivent permettre au médecin d'orienter le jeune enfant (à partir de six mois) en vue d'un dépistage (voir bilans de santé par tranche d'âge).

BILAN SANTE PROTEGEE

ANTECEDENTS

Nom :	Prénom :	
-------	----------	--

AUTRES ANTECEDENTS

Antécédents médicaux / chirurgicaux, accidents, hospitalisations, passages aux urgences :

Allergies (médicamenteuses, alimentaires, autres...) :

Traitements et/ou soins en cours :

Vaccinations

Âge approprié	Vaccinations obligatoires pour les nourrissons													
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans				
BCG *														
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite														
Coqueluche														
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)														
Hépatite B														
Pneumocoque														
Méningocoque C														
Rougeole-Oreillons-Rubeole														
Papillomavirus humain (HPV)														

Maladie chronique :

Reconnaissance ALD :

Situation de handicap :

Reconnaissance MDPH :

Médecin référent :

Date de la consultation :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Age :

ANTÉCÉDENTS : MISE A JOUR DEPUIS LE DERNIER EXAMEN

Antécédents médicaux / chirurgicaux, accidents, hospitalisations, passages aux urgences :

Allergies (médicamenteuses, alimentaires, autres...) :

Traitements et/ou soins en cours :

Vitamine D :	Oui	Non	A prescrire
Vaccinations :	A jour	Echéance proche	Rattrapage à programmer

HABITUDES DE VIE

Vie sociale

Intégration scolaire :

Si non scolarisé, précisez le mode de garde (hors mesure ASE) :

Adaptation au lieu d'accueil (si mineur confié à l'ASE) :

Alimentation

Régime alimentaire particulier :

Troubles de l'oralité

Grande sélectivité alimentaire inhabituelle à cet âge

Difficultés de prise alimentaire

Autres :

Qualité du sommeil :

Rythmes adaptés

Troubles durables et quasi-quotidiens du sommeil :

Exposition aux écrans excessive :

Nom :	Prénom :	
-------	----------	--

EXAMEN SOMATIQUE

Poids : Taille : IMC :

Périmètre crânien : Etat général :

Propreté diurne acquise

Croissance

Harmonieuse

Anomalie de poids :

Anomalie de taille :

Anomalie de périmètre crânien :

Consultation d'endocrinologie à programmer

Vision

Correction optique

Cornées transparentes

Poursuite oculaire normale

Strabisme

Suivi ophtalmologique en cours

Consultation ophtalmologique à programmer

ORL / Audition

Appareillage auditif

Respiration : Nasale Buccale

Ronflements :

Autres :

Suivi ORL en cours

Suivi ORL à programmer

Suivi orthophonique en cours

Bilan orthophonique à programmer

Examen dentaire

Normal

Caries non soignées

Dents traumatisées

Anomalie de l'articulé dentaire

Autre :

Habitudes d'hygiène bucco-dentaire

Suivi dentaire en cours

Suivi dentaire à programmer

Examen cutanéomuqueux

Normal

Angiome

Naevi

Eczéma

Grande négligence

Lésion traumatique suspecte

Autre :

Consultation spécialisée à programmer

Nom :	Prénom :	
-------	----------	--

Socialisation

Prend plaisir à jouer avec des enfants de son âge

Sait prendre son tour dans un jeu à deux ou à plusieurs

Liens d'attachement

Bonne qualité des interactions et du lien observés

Contact visuel avec l'adulte :

Regards de vérification vers le donneur de soin

Repli / retrait émotionnel envers l'adulte donneur de soin

Comportements socialement désinhibés

Profil sensoriel et sensori-moteur particulier

Aversion / évitement du contact tactile

Hyper- / Hypo-réactivité à des stimuli sensoriels

Exploration / Usages inhabituels

Stéréotypie

Hypo-mobilité

Régulation émotionnelle inhabituelle pour l'âge et quel que soit l'environnement

Intolérance exagérée aux changements de l'environnement

Colères violentes et répétées, inconsolables

Hyperactivité motrice incontrôlable

Nom :	Prénom :	
-------	----------	--

SYNTHESE DE L'EXAMEN CLINIQUE

Comportement lors de l'examen :

Cet enfant va bien, rien ne m'inquiète, sa santé globale est satisfaisante.

La santé globale de cet enfant est **altérée.**

Cet enfant a **des difficultés de développement.**

Ces difficultés sont dues : à une pathologie à des facteurs externes les deux

/\ \ Enfant en danger

Commentaire :

Traitements prescrits :

Démarches pour un accompagnement adapté

Projet d'accueil personnalisé (PAI) :	Fait / En cours	A faire	Sans objet
Affectation de longue durée (ALD) :	Fait / En cours	A faire	Sans objet
Orientation MDPH :	Fait / En cours	A faire	Sans objet
Dépistage TSA/TND :	Fait / En cours	A faire	Sans objet

Examens, orientations spécialisées et consultations à programmer

Consultation de suivi par le médecin référent : *Si oui, précisez à quelle échéance ?*

Bilans et/ou soins spécifiques (forfait Santé Protégée) :

Audiogramme	Kinésithérapie	Ophtalmologie	ORL
Orthodontie	Orthophonie	Soins dentaires	MPR
Addictologie	Cardiologie	CLAT	CPEF
CRTLA	Chirurgie viscérale	Dépistage IST	Dermatologie
Diététique	Endocrinologie	Gastroentérologie	Gynécologie
Pédopsychiatrie	Neurologie	Orthopédie	Pédiatrie
Pneumologie	Rhumatologie	SMIT	Autre :

Aide à la décision : Au cours de l'examen clinique, vous avez identifié des besoins de consultations spécialisées en lien avec :

Examen cutanéomuqueux

Examen cardio-pulmonaire

Examen digestif

Examen génito-urinaire

Examen locomoteur