

# 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<sup>er</sup> 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								6 ans	11-13 ans	14 ans
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois				
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 :

Tension artérielle :

Etat général :

Propreté diurne acquise

Propreté nocturne acquise

#### Croissance

Harmonieuse

Anomalie de poids :

Anomalie de taille :

Consultation spécialisée à programmer

#### Vision

Correction optique

Poursuite oculaire normale

Strabisme

Suivi ophtalmologique en cours

Consultation ophtalmologique à programmer

#### ORL / Audition

Appareillage auditif

Respiration :

Nasale

Bucale

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 :	
-------	----------	--

**Langage oral**

Utilise le « je » pour se désigner (ou équivalent dans sa langue natale)

A un langage intelligible pour une personne étrangère à la famille

Conjugué les verbes au présent

Pose la question « Pourquoi ? »

Peut répondre à des consignes avec deux variables pour retrouver des objets absents

Fait des phrases bien construites

Utilise les articles, les prépositions

Connaît son sexe

**Cognition**

A des jeux imaginatifs avec des scénarios

Compte (dénombré) quatre objets

Sait trier des objets par catégorie (couleurs, formes...)

Connaît trois couleurs

**Socialisation**

Accepte de participer à une activité en groupe

Cherche à jouer ou interagir avec des enfants de son âge

**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

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

<b>Audiogramme</b>	<b>Kinésithérapie</b>	<b>Ophtalmologie</b>	<b>ORL</b>
<b>Orthodontie</b>	<b>Orthophonie</b>	<b>Soins dentaires</b>	<b>MPR</b>
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 :

Croissance	Examen cutanéomuqueux	Examen cardio-pulmonaire	Examen digestif
Examen génito-urinaire	Examen locomoteur		