

# 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

Plaintes somatiques fréquentes :

#### Croissance

Harmonieuse

Anomalie de poids :

Anomalie de taille :

Consultation d'endocrinologie à programmer

#### Vision

Correction optique

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

**Cognition**

Dénombrer 13 objets présentés (crayons, jetons, etc.)

Peut répéter dans l'ordre trois chiffres non sériés (exemple : 5, 2, 9)

Reconnaît tous les chiffres (de 0 à 9)

Maintient son attention environ 10 minutes sur une activité qui l'intéresse, sans recadrage

Distingue matin, après-midi et soir

Montre le dessus, le dessous

**Socialisation**

Reconnaît l'état émotionnel d'autrui et réagit de manière ajustée

**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

Stérotypie

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 spécifiques (forfait Santé Protégée) :**

<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 :

Examen cutanéomuqueux

Examen cardio-pulmonaire

Examen digestif

Examen génito-urinaire

Examen locomoteur