



**FICHE DE SUIVI À 3-4 MOIS D'AGE CORRIGE  
(Compte-rendu de consultation)**

**A retourner au** : Réseau Pédiatrique, Parc Technologique - Immeuble Carnot - Hall 9  
20-22 avenue Edouard Herriot - 92350 Le-Plessis-Robinson

Nom de l'enfant : .....

Né le : .....

Modification adresse/téléphone (0 = non, 1 = oui) I\_\_I

Si oui, préciser :

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... Adresse Email.....

Nom du médecin pilote : .....Signature.....

Nom du médecin traitant / ville d'exercice : .....

Date de la consultation : .....

Poids : ..... Taille : ..... PC : .....

Faits marquants depuis la sortie : .....

.....

.....

Ré-hospitalisation, date : .....

Motif : .....



**SANTÉ GLOBALE DE L'ENFANT** - Cocher pour chaque rubrique

1 = évolution satisfaisante - ou problèmes communs entravant peu la qualité de vie

2 = évolution à suivre de près - ou problèmes ayant un impact modéré sur la qualité de vie

3 = évolution justifiant une prise en charge particulière / un avis spécialisé - ou problèmes ayant un impact sévère sur la qualité de vie

croissance	
digestif / alimentation	
problèmes respiratoires	
autres problèmes de santé *	

développement neuro-moteur	
audition	
vision	
aspects relationnels / comportement	

Préciser : .....

Explorations sensorielles depuis la naissance :

FO :  Normal  Non fait  A contrôler (préciser) : .....

Tests auditifs :  OEA  PEA  Normaux  Non fait  A contrôler (préciser) : .....

**CONCLUSION DECISIONNELLE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT**

Enfant à revoir pour le suivi réseau dans un délai de : I\_\_I\_\_I mois

Consultation(s) spécialisée(s) nécessaire(s) (0 = non, 1 = oui) I\_\_I

Si oui préciser (cocher) :

	Demandé	Effectué
Neuropédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin de rééducation fonctionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédopsychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation multidisciplinaire (type CAMSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Bilan(s) complémentaire(s) nécessaire(s)** (0 = non, 1 = oui)

I\_\_I

Si oui préciser (cocher) :

	Demandé	Effectué
Tests psychométriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan orthophonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan neuro-orthoptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audiométrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Rééducation et soins** nécessaire(s) (0 = non, 1 = oui)

I\_\_I

Si oui préciser (cocher) :

	Demandé	Effectué
Kinésithérapie motrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthoptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins multidisciplinaires (CAMSP, SESSAD ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aides sociales et allocations** nécessaires (0 = non, 1 = oui)

I\_\_I

Si oui préciser (cocher) :

	Sollicitée	Acquise
Prise en charge à 100 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation journalière de présence parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AEEH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CMU / AME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires sur la prise en charge**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



 **VACCINATIONS**

	Fait ou en cours	Non encore fait mais programmé	Non indiqué
<b>Liste des vaccinations « standard »</b>			
DTCP-Hib			
Hépatite B			
ROR			
BCG			
<b>Liste des vaccinations et autres protections immunologiques chez le prématuré</b>			
Vaccin anti-pneumococcique			
Vaccin antigrippal			
Anticorps anti VRS			

Autre(s) vaccination(s) faite(s) ou en cours :

oui

non

Préciser : .....