



FICHE DE SUIVI A 12-16 mois
(proche de 12 mois d'âge corrigé)

1. IDENTIFICATION

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Numéro de dossier : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Nom du médecin pilote réalisant ce bilan :

Confirmation du nom du médecin traitant qui suit l'enfant :

Modification adresse/téléphone (0 = non, 1 = oui) | _ |

Si oui, préciser :

Adresse :

.....

Tél. : Adresse Email :

2. RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

Structures participant au suivi de l'enfant

Consultation hospitalière de pédiatrie (0 = non, 1 = oui) | _ |

Pédiatre libéral (0 = non, 1 = oui) | _ |

Médecin généraliste (0 = non, 1 = oui) | _ |

PMI (0 = non, 1 = oui) | _ |

Centre spécialisé (CAMPS, CMP, SESSAD) (0 = non, 1 = oui) | _ |

Service hospitalier (enfant encore hospitalisé) (0 = non, 1 = oui) | _ |

Autres (0 = non, 1 = oui) | _ |

Si oui, préciser :

Mode(s) de garde de l'enfant : (cocher)

père ou mère au foyer

crèche collective

autre personne à domicile

Halte garderie

assistante maternelle ou nourrice

autre, préciser en clair :

Situation professionnelle de la mère : | _ |

1 = en activité

3 = chômage

2 = au foyer / congé parental

4 = autre :

Si (1) préciser l'activité exercée :

Situation matrimoniale de la mère (ou de la personne gardant l'enfant) :

1 = vit en couple

2 = vit seule

Situation professionnelle du conjoint :

1 = en activité

3 = chômage

2 = au foyer / congé parental

4 = autre

Si (1) préciser l'activité exercée :

Modifications de la structure familiale (0 = non, 1 = oui) :

Si oui préciser :

3. LA SANTE DE L'ENFANT :

Date de consultation (jj/mm/aa) : | |
ou des dernières nouvelles

HOSPITALISATIONS depuis la visite de 3-4 mois (0=non, 1=oui)

Si oui motif(s) :

Autres faits marquants depuis l'âge de 3-4 mois d'AC :
.....
.....

CROISSANCE :

Date des mensurations si différente de la date de consultation : | |

Poids kg g

Correspondance en "déviatiion standard"

1 = > -2DS et <+2DS, 2 = [-2DS ; -3DS], 3 = < -3DS 4 = ≥ +2DS

Taille (en cm) ,

Correspondance en "déviatiion standard"

1 = > -2DS et <+2DS, 2 = [-2DS ; -3DS], 3 = < -3DS 4 = ≥ +2DS

Périmètre crânien (en cm) ,

Correspondance en "déviatiion standard"

1 = > -2DS et <+2DS, 2 = [-2DS ; -3DS], 3 = < -3DS 4 = ≥ +2DS

IMC (pds / taille ² en m) ,

1 = normal et stable
3 = obésité > 97^{ème} p

2 = < 97^{ème} p mais rebond d'adiposité (> 1 couloir en 1 an)
4 = insuffisance pondérale (< 3^{ème} p)

SCORES DE SANTE GLOBALE :

Appareil respiratoire (pathologies broncho pulmonaires)

| |

score respiratoire	
1	aucun problème
2	bronchites / bronchiolites occasionnelles peu sévères (maxi 2)
3	bronchites / bronchiolites répétées (≥ 3) et/ou sévères ou wheezing fréquent
4	oxygénothérapie ou trachéo / hospitalisations multiples pour problèmes respiratoires

commentaires :

.....

Autres problèmes de santé (hors problèmes respiratoires et neuro-sensoriels):

Cocher parmi la liste la ou les pathologies rencontrées :

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Dermato |
| <input type="checkbox"/> Digestif / alimentaire | <input type="checkbox"/> Endocrino |
| <input type="checkbox"/> Cardio | <input type="checkbox"/> Malaises |
| <input type="checkbox"/> Uro-néphro | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Orthopédique | <input type="checkbox"/> Autre |

Préciser en clair les différents problèmes posés :

.....

.....

.....

Score global d'appréciation pour ces autres problèmes de santé :

| |

Autres problèmes de santé	
1	aucun problème
2	problèmes occasionnels facilement résolus
3	problèmes répétitifs ou non encore résolus
4	problèmes gênant la vie quotidienne ou nécessitant plusieurs hospitalisations

SCORES DE DEVELOPPEMENT NEURO-SENSORIEL

Acquisition de la marche (0 = non, 1 = oui)

Si oui, a marché seul vers (en mois)

Pour chaque question, reporter dans la case correspondante le score le plus adapté à la situation rencontrée; barrer les items non réalisés dans le score choisi pour classer l'enfant.

Score moteur

score moteur 12-15 mois	
1	se met assis seul, assis bien stable avec de bonnes réactions parachute se met debout en passant bien par le chevalier servant, marche tenu, déplacements aisés et rapides (ex. quatre pattes) oriente correctement la main pour une approche adaptée dans l'espace et directe de l'objet
2	ne se met pas assis seul mais mis assis : tient bien a trouvé un mode de déplacement ; ébauche la position petit lapin, petit retard des acquisitions mais pas d'anomalie du tonus à l'examen approche moins adaptée de l'objet mais bon délié des doigts
3	mis assis : tient un moment, cyphose – réactions parachute insuffisantes déplacements limités ou difficiles : retournements, ramper et/ou hypertonie distale des membres inférieurs ou déficit unilatéral, et/ou préhension enraidie, mal calibrée
4	grande hypotonie axiale, pas de déplacement : ne rampe pas diplégie sévère ou quadriplégie manifeste préhension difficile, absence de délié des doigts

commentaires :

.....

Score cognitif

score cognitif à 12-15 mois	
1	pince pouce index explore attentivement les objets et porte peu à la bouche, recherche le jouet caché ostensiblement commence à remettre la pastille dans le bocal ou les cubes dans la boîte comprend les ordres, les interdictions dit 2-3 mots / jargonne
2	activité exploratrice moins élaborée, porte encore beaucoup à la bouche ; vide les boîtes et jette dévisage l'étranger ; pointe du doigt ; fait bravo et au revoir ; signe du manteau double les monosyllabes
3	peu d'explorations (porte à la bouche et jette) mais bon contact ; ne craint pas l'étranger pas d'anticipation des situations ; compréhension limitée
4	contact médiocre à mauvais, manipulations absentes ou stéréotypées

Commentaires :

.....

Score visuel

| |

score visuel	
1	Poursuite visuelle sur 180° avec parallélisme des g lobes oculaires Si explorations : normales ou trouble de réfraction modéré
2	Strabisme avec bonne fixation de chaque œil et bonne poursuite Myopie > -4 D ou autre trouble de réfraction important
3	Strabisme avec mauvaise fixation d'un œil Poursuite perturbée nystagmus
4	Plafonnement du regard Pas de poursuite

Examen ophtalmo récent avec skiascopie (0 = non, 1 = oui) | |

Bilan orthoptique (0 = non, 1 = oui) | |

Résultat(s) / commentaires :

Port de lunettes (0 = non, 1 = oui) | |

Score auditif

| |

score auditif	
1	aucune anomalie ; si explorations : normales
2	discrète anomalie des tests sans retentissement fonctionnel
3	surdité partielle ou unilatérale
4	surdité profonde

Explorations auditives (0 = non, 1 = oui) | |

Si oui, résultat :

🚩 VIE QUOTIDIENNE / COMPORTEMENT

Score sommeil

| |

Sommeil	
1	pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles) S'endort facilement et dort très bien en général
2	Difficultés d'endormissement ou de réveil occasionnelles et/ou facilement résolues
3	Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
4	difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

commentaires :

Score alimentation

|_|

Repas / alimentation	
1	pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles) Mange très bien en général
2	Difficultés aux repas occasionnelles et/ou facilement résolues
3	Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
4	difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents – gavage par sonde naso-gastrique ou gastrostomie

commentaires :

.....

Score psycho-social

|_|

Tenir compte à la fois du rapport des parents et du comportement observé en consultation

Cet item explore le bien-être psycho-affectif des enfants (manifestations d'agressivité, de frustration, d'angoisse etc. : pleurs, colères...) – il est à distinguer de l'item relationnel (cf. infra)

comportement / sociabilité	
1	pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles) Bébé de bonne humeur et très « facile » en général
2	Difficultés occasionnelles et/ou facilement résolues
3	difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
4	difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

commentaires :

.....

Développement relationnel

|_|

Cet item explore de développement des interactions

Interactions / relations	
1	très bonnes interactions avec les parents pointe du doigt pour susciter l'intérêt et suit du regard ce qui est pointé cherche protection / câlins auprès des parents bonne anticipation corporelle face aux invitations des parents (tend les bras, se blottit..) ; conduites de coopération pour l'habillage, le change ATCD d'angoisse du 8 ^{ème} mois et d'oralité réciproque (ex. met les doigts dans la bouche des parents)
2	Eléments précités en (1) douteux ou inconstants Comportement plus « indépendant » - ne cherche pas trop le contact physique Peu d'intérêt pour les jeux interactifs Bébé trop calme et trop sérieux ou au contraire agité réactions excessives à certains bruits ou certains touchers
3	Interactions fugaces ; regard volontiers fuyant éléments cités en (2) tous présents et marqués pseudo surdité (ne réagit pas aux bruits forts) éléments associés : phobies, angoisse, insomnie, anorexie
4	Aucune interaction repérable ; ne regarde pas les visages ou regard « passe muraille » Activités stéréotypées et déconnectées de l'environnement

Autres problèmes psychologiques (0 = non, 1 = oui)

|_|

Décrire :
.....

Appréciation globale des parents : concernant la qualité de vie familiale suite aux problèmes éventuels de leur enfant

| |

Appréciation globale des parents	
1	Tout va pour le mieux (si problèmes : bien acceptés et bien gérés)
2	Contraintes modérées / inquiétudes occasionnelles ayant globalement peu d'impact sur l'équilibre familial
3	Inquiétude et contraintes importantes. Impact notable sur la famille
4	Impact très lourd, ayant totalement bouleversé la famille

commentaires :
.....
.....

CONCLUSION DECISIONNELLE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Enfant à revoir pour le suivi réseau dans un délai de : |_|_| mois

Consultation(s) spécialisée(s) nécessaire(s) (0 = non ; 1 = oui) |_|

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) |_|

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) |_|

Si oui préciser (cocher) :

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

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

|_ |

Si oui préciser (cocher) :

	Sollicitée	Acquise
Prise en charge à 100 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation 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
Liste des vaccinations « standard »			
DTCP-Hib			
Hépatite B			
ROR			
BCG			
Liste des vaccinations et autres protections immunologiques chez le prématuré			
Vaccin anti-pneumococcique			
Vaccin antigrippal			
Anticorps anti VRS			

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

Préciser :