FICHE DE RENSEIGNEMENTS Famille

Consultation Evaluation du développement Première ligne 2 – 5 ans

Dr Delignières

Ce rendez vous concerne l'évaluation du développement psychomoteur de votre enfant si vous , votre médecin ou un professionnel de la petite enfance s'interroge sur ces compétences. Il s'agit d'une évaluation de première ligne , c'est-à-dire que c'est le premier examen pour évaluer le développement de votre enfant. Il ne s'agit pas là de questionner un diagnostic mais d'évaluer le développement psychomoteur et voir si des bilans ou des soins spécifiques sont nécessaires.

Si c'est le comportement de votre enfant qui interroge avant tout et non ses compétences sur le plan psychomoteur, il est recommandé en première intention de questionner une évaluation comportementale qui n'est pas du ressort du neuropédiatre mais du psychologue ou du pédopsychiatre.

Si votre enfant a déjà bénéficié d'évaluations complémentaires ou si il est déjà dans un parcours de soins (libéral, PCO , CPEA , CMPP, CAMSP, …) , il ne relève pas d'une consultation de première ligne. Merci dans ce cas de ce pas valider ce rendez-vous et de vous diriger vers le site maison-lacolline.fr, onglet neuropédiatre puis « faire une demande de consultation de trouble de neurodéveloppement 2ème ligne ».

Important : je ne pose pas de diagnostic de TDAH avant 6 ans. Une première consultation à cet âge ne permet pas de poser un diagnostic mais plutôt de voir les points forts et les points faibles, de questionner le retentissement et les besoins.

Cette première consultation dure 45 min et sera facturé 130 Euros (base de remboursement SS de 69 euros 12).

Si vous complétez ce questionnaire le plus précisément possible , nous aurons plus de temps d'évaluation lors du rdv.

1) *Nom de l'enfant :* *Prénom*

   Date de Naissance

2) *Coordonnées de la famille :*

	Parent ou tuteur légal 1	*Parent ou tuteur légal 2*
Nom		
Prénom		
Date de Naissance		
Profession		

Adresse postale

Téléphone

Email

3) *Renseignements fratrie :*

Nom *Prénom* *Date de naissance*

4) *Quelles sont vos interrogations ou inquiétudes motivant la consultation ?*

5) *Existe- t-il des antécédents familiaux médicaux particuliers ?*

6) *Est- ce que d'autres membres de la famille ont présenté des difficultés d'apprentissages ou développementales ? Si oui, merci de préciser qui et quoi.*

7) *Antécédents personnels de votre enfant :*

Déroulement de la grossesse

Naissance

Poids de naissance *Taille de naissance* *PC de naissance*

Apgar

Déroulement de la période néonatale (4 premières semaines de vie) :

8) Antécédents médicaux :

Pathologie	*Traitement*	*Médecin spécialiste*

9) Bilan sensoriel :

	Date	*Médecin*	*Résultats*
Bilan auditif :			
Bilan visuel :			

10) Etapes du développement psychomoteur :

<u>Développement du langage oral :</u>

Age d'apparition du babillage (= répétition de 2 sons identiques) :

Age d'apparition des premiers mots :

Age d'apparition des associations :

Age d'apparition des premières phrases avec sujet et utilisation du « je » :

<u>Développement de la motricité globale :</u>

Age d'acquisition de la station assise :

Age d'acquisition des premiers déplacements :

Age d'acquisition de la marche :

<u>Développement de l'autonomie</u> :

Age d'acquisition de la propreté :

Jour : Nuit :

Habillage et déshabillage :

Utilisation des couverts / temps de repas :

11) Comment se passe l'alimentation depuis la petite enfance ?

Mise en place de l'alimentation solide :

L'alimentation est-elle bien diversifiée ?

12) Comment se passe le sommeil ?

Heure du coucher : *Durée du rituel :*

Comment se fait l'endormissement ?

Réveils nocturnes ? oui non

13) Quel est le mode de garde ? Scolarité pour les enfants en âge scolaire ?

14) Comment s'est passée l'entrée en collectivité ?

Quel âge ?

Intégration :

Séparation :

15) Repérage de difficultés :

<u>A quel âge ?</u>

<u>Par qui ?</u>

<u>Dans quels domaines ?</u>

Au niveau du langage oral			oui	☐	non	☐
Au niveau de la motricité	Pour la marche, la course, le vélo		oui	☐	non	☐
	Pour les gestes de la vie courante		oui	☐	non	☐
	Pour le graphisme		oui	☐	non	☐
Au niveau du comportement	à l'école		oui	☐	non	☐
	à la maison		oui	☐	non	☐
Au niveau de l'intégration	Avec les enfants du même âge		oui	☐	non	☐
	Avec les adultes		oui	☐	non	☐
Au niveau de la concentration			oui	☐	non	☐

<u>Merci de préciser les difficultés si vous avez coché oui :</u>

16) Quelles sont les difficultés actuelles ?

17) Liste des professionnels qui suivent votre enfant actuellement :

Spécialité	Nom et prénom	Coordonnées	Début du suivi	Autorisation d'échange avec le professionnel
Médecin généraliste				
Médecin spécialiste				

Je soussigné …….. donne mon accord pour tout échange concernant les troubles présentés par mon enfant avec le professionnel mentionné (cocher la ou les cases souhaitées dans le tableau ci-dessus).

Fait à …… Le ……..

Signature du/ des représentants légaux