

CHECK-LISTE 4 et 6 ans

normal / oui suspect / non pas examiné

Nom:

Date de l'examen: / /

Date de naissance:

Age: /

Poids: /

Taille: /

Etiquette adhésive

	4 ans	6 ans		4 ans	6 ans
Situation psychosociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joue avec d'autres enfants, constitution de groupes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnèse intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obéit aux règles de jeu, jeux de rôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut se concentrer sur un jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeux: Vision stéréoscopique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Va au jardin d'enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision od:			Se sépare de sa mère pendant plusieurs heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
os:			S'habille sans aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreilles / Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Est 'propre' jour et nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouche / Dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test d'images selon Kramer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nez / Respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expression / Compréhension du langage:		
Cœur / Circulation, TA (6 ans):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forme des phrases correctes avec subordonnées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen / Organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut converser au téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprend les prépositions (devant, derrière, après)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuromotricité:			Connait les couleurs de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche / Sur la pointe des pieds / Sur les talons / Sur une ligne droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notion quantitative: donne 3 cubes sur demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tient 5 secondes sur une jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprend questions: « qu'est-ce qu'une radio » / « qu'est-ce que le bonheur »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monte et descend les escaliers sans appui en alternant les pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toucher:		
Sautille sur une jambe, à pieds joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas d'hypersensibilité au toucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attrape, lance, fait rebondir une balle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconnait des motifs simples tracés sur le dos de la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte un verre rempli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconnait les différences de matière, de taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut boutonner et déboutonner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perception auditive:		
Manipule ciseaux et papier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supporte les sons forts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Découpe un cercle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Répète 4 groupes de syllabes qui n'ont pas de sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dessine un cercle au crayon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perception visuelle et spatiale:		
Dessine une croix et un rectangle au crayon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N'a pas peur de jouer à la balle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dessine un bonhomme formé d'une tête et d'extrémités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Construit un escalier avec des cubes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfile des perles sur un fil (motricité fine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prévention: Alimentation / Prophylaxie des caries / Prévention des accidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Vaccinations:		

Fonctions perceptives

CHECK-LISTE 10 et 14 ans

normal / oui suspect / non pas examiné

Date de l'examen: / /

Age: /

Poids: /

Taille: /

Pubis (Tanner 1-6): /

♂ Testicules (ml): /

♀ Sein (Tanner 1-5): /

Ménarque (âge):

	10 ans	14 ans		10 ans	14 ans
Anamnèse intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morphologie / Sexualité:		
Alimentation équilibrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Content de son apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Connaissance de la contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Connaissance de HIV et maladies sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♀ Renseignée sur la ménarque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♂ Cycle bien réglé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeux: Vision od:			Drogues / Toxicomanies / Nicotine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
os:			École:		
Oreilles / Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aime aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouche / Dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En bons termes avec les enseignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Performances scolaires satisfaisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cœur / Circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Projet professionnel réaliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait se protéger de la violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de déracinement culturel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parents / Famille / Amis:		
Dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relations avec les parents sans problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrémités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de surprotection/négligence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pas seul durant la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Argent de poche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Intégré dans groupe de pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fait du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Information sur le secret médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prévention:		
			Alimentation / Prophylaxie des caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prévention des accidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Vaccinations:		