

Date: Age:
 Poids: p Age corr.:
 Taille: p
 PC: p

☒ normal/oui ☒ suspect / non ☐ pas examiné / vérifié

Anamnèse

- ☐ Anamnèse intermédiaire
☐ Situations difficiles
☐ Réaction à la vaccination
☐ Alimentation (allaitement / biberon / lolette)
☐ Sommeil / pleurs
☐ Interaction / attachement / confiance / assurance parentale
☐ Bon ajustement enfant / parents
☐ Environnement familial / fratrie / relation de couple
☐ Mode de garde / activité professionnelle de la mère / du père
☐ Facteurs de risque de maltraitance (par ex. trouble du sommeil, pleurs, violence domestique)

Développement - Motricité

- ☐ Motricité spontanée harmonieuse et symétrique
 Décubitus dorsal:
☐ Assez bon maintien de la tête
☐ Soulève activement la tête
 Décubitus ventral:
☐ Tête bien tenue à 90°
☐ Se soulève sur les avant-bras
 Tiré-assis:
☐ Tête suit le mouvement du tronc
☐ Bras et jambes fléchis
 Position assise:
☐ Assez bon maintien de la tête
 Suspension ventrale:
☐ Tête légèrement sous l'horizontale
☐ Tronc droit, jambes fléchies
 Bascule sur le côté:
☐ Abduction incomplète des jambes
☐ Début préhension main D et G
☐ Réflexes archaïques / tonus

- Jeu

- ☐ Exploration orale

- Communication, Langage

- ☐ Regarde longuement l'examineur et le suit du regard
☐ Sourire social
☐ Roucoule / émet des sons variés

- Socio-affectif

- ☐ Généralement satisfait / sourit
☐ Se calme facilement / se laisse bien consoler

Examen physique

- ☐ Peau / ongles / cheveux
☐ Bouche / cavité buccale
☐ Yeux (milieux transparents clairs, pas de strabisme)
 Audition:
☐ Intérêt aux sons, boîte à musique
☐ Se tourne vers la source du son (crécelle)
☐ Marque un temps d'arrêt lorsqu'on lui parle
☐ Cœur / circulation / pouls fémoraux / respiration
☐ Abdomen / organes génitaux
☐ Crâne / appareil locomoteur

Ex. compl.

Prévention

Facteurs de risque, guidance parentale

- ☐ Prévention des accidents (table à langer / collier d'ambre / voiture)
☐ Sommeil / pleurs (Bébé secoué)
☐ Alimentation / soutien à l'allaitement / prévention caries / lolette / poussée dentaire
☐ Besoin de mouvement des bébés
☐ Ressources de la maman / de la famille
☐ Environnement sans fumée

Vaccins

Date: Age:
 Poids: p Age corr.:
 Taille: p
 PC: p

☒ normal/oui ☒ suspect / non ☐ pas examiné / vérifié

- ☐ Anamnèse intermédiaire
☐ Alimentation (allaitement / biberon / purées)
☐ Sommeil / pleurs
☐ Interaction / attachement / confiance / assurance parentale
☐ Bon ajustement enfant / parents
☐ Environnement familial / fratrie / relation de couple
☐ Mode de garde / activité professionnelle de la mère / du père
☐ Facteurs de risque de maltraitance (par ex. trouble du sommeil, peur de l'étranger, pleurs, violence domestique)

- ☐ Motricité spontanée harmonieuse et symétrique
 Décubitus dorsal:
☐ Soulève et tient activement la tête
☐ Attrape ses pieds
☐ Se tourne sur le côté
 Décubitus ventral:
☐ Tête bien tenue
☐ Se soulève sur les mains
☐ Jambes tendues
 Tiré-assis:
☐ Tête anticipe le mouvement du tronc
☐ Bras et jambes fléchies
 Position assise:
☐ Bon maintien de la tête
☐ Prend activement appui en avant
 Suspension ventrale:
☐ Tête au dessus de l'horizontale
☐ Tronc droit, jambes fléchies
☐ Préhension palmaire ddc. / transfert d'une main à l'autre
☐ Essaye d'attraper un objet hors de sa portée
☐ Réflexes archaïques en voie de disparition / tonus

- ☐ Exploration orale et manuelle

- ☐ Rit aux éclats
☐ S'intéresse à son entourage
☐ Dialogue précoce (à tour de rôle)
☐ Vocalises (consonnes)

- ☐ Se calme seul
☐ Fait la différence entre connu / inconnu

- ☐ Peau / ongles / cheveux
☐ Bouche / cavité buccale
☐ Yeux (milieux transparents clairs, pas de strabisme)
 Audition:
☐ Intérêt aux sons, boîte à musique
☐ Se tourne vers la source du son (crécelle)
☐ Marque un temps d'arrêt lorsqu'on lui parle
☐ Cœur / circulation / respiration
☐ Abdomen / organes génitaux
☐ Crâne / appareil locomoteur

- ☐ Eventuellement Hb

- ☐ Prévention des accidents (exploration du logement / bain / voiture)
☐ Peur de l'étranger
☐ Alimentation / prévention caries / lolette / poussée dentaire
☐ Ressources de la maman / de la famille
☐ Environnement sans fumée
☐ Média (la télévision n'est pas une baby-sitter)

Vaccins

Nom de l'enfant:
 Date de naissance:
 Adresse parents:

Remarques Mesures