

CHECK-LISTE 1 et 2 mois

normal / oui suspect / non pas examiné

Date de l'examen: / /
 Age: / /
 Poids: / /
 Taille: / /
 Périmètre crânien: / /

Etiquette adhésive

Nom:

Date de naissance:

	1 mois	2 mois
Situation psychosociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnèse familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnèse intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeux: morphologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fixe, suit du regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreilles / Audition:		
Réaction aux bruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouche / Nez / Respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cœur / Circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crâne / Visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonne vertébrale / Extrémités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanches:		
Examen clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrasonographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1 mois	2 mois
Comportement:		
Sourit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Babille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité spontanée:		
Decubitus dorsal: position fléchie symétrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decubitus ventral: membres inférieurs fléchis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiré-assis: tête brièvement tenue, jambes fléchies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position debout: réaction de redressement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspension verticale: tête en dessous de l'horizontale		
bras et jambes fléchis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonus / Réflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réflexes de préhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moro: symétrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention:		
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention SIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention des accidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils de vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccinations:		

CHECK-LISTE 4 et 6 mois

normal / oui suspect / non pas examiné

Date de l'examen: / /
 Age: / /
 Poids: / /
 Taille: / /
 Périmètre crânien: / /

	4 mois	6 mois
Situation psychosociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnèse intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeux: pas de strabisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fixe, suit du regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreilles / Audition:		
Ecoute les bruits, la boîte à musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tourne vers source sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audiométrie en champ libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouche / Nez / Respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cœur / Circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crâne / Visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonne vertébrale / Extrémités / Articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	4 mois	6 mois
Développement psychomoteur / Jeu:		
Rit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vocalisations variées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exploration manuelle, orale et visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert l'objet d'une main à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité spontanée:		
Decubitus dorsal: Tête tenue en position médiane	<input type="checkbox"/>	
Lève la tête activement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut saisir ses pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tourne sur le côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decubitus ventral: Tête relevée et tenue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'appuie sur les avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'appuie sur les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cherche à saisir un objet hors de sa portée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jambes tendues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manœuvre tiré-assis:		
Tête suit le mouvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticipe avec la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bras et jambes fléchis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position assise:		
Bon contrôle de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend appui en avant par les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspension verticale:		
Tête légèrement en dessous de l'horizontale,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torse tendu, jambes fléchies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspension latérale: Abduction des jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonus / Réflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention:		
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention des accidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccinations:		