



EDEN

du développement et de la santé de l'ENfant

Inserm

Institut national de la santé et de la recherche médicale



Maternité de Nancy

N° Identification |_|_|_|_|

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

Fille |_| Garçon |_|

Cette fiche insérée dans le carnet de santé de l'enfant est à faire remplir par le médecin ou la puéricultrice qui verra votre enfant lors de l'examen médical qui est effectué par la PMI pour tous les enfants entre 3 et 5 ans à la maternelle.
 Merci de conserver la fiche dans le carnet de santé à la page où nous l'avons insérée, celle que remplira le médecin ou la puéricultrice de PMI. Le jour de l'examen, demandez-lui s'il/elle veut bien remplir la fiche et renvoyez-la nous ensuite dans l'enveloppe jointe pré adressée et timbrée.

Bilan médical de la PMI à l'école maternelle

A l'attention de Mme ou Mr le médecin ou la puéricultrice en charge de l'examen :
 L'enfant que vous allez examiner participe depuis sa naissance à une recherche sur les déterminants pré et postnatals précoces de la santé et de développement de l'enfant (Etude EDEN) dont l'INSERM est le promoteur et qui se déroule en partenariat avec les CHU de Nancy et Poitiers. Les résultats de l'examen clinique que vous allez réaliser seraient très utiles à cette recherche. Nous vous demandons donc de bien vouloir les reporter sur cette fiche que la mère de l'enfant se chargera de nous transmettre. Merci de répondre à toutes les questions, y compris si la réponse est non.

Ne pas remplir cette colonne

1. Date de l'examen	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
2. Age de l'enfant	_ ans _ _ mois	_ _ _
3. Mensurations		
Poids	_ _ , _ kg	_ _ , _ kg
Taille	_ _ _ cm	_ _ _ cm
4. Examen auditif		
Tympan normal à droite	_ 0. non _ 1. oui __ 2. non vu	_
Tympan normal à gauche	_ 0. non _ 1. oui _ 2. non vu	_
Audition normale à droite	_ 0. non _ 1. oui	_
Audition normale à gauche	_ 0. non _ 1. oui	_
<u>Test utilisé</u> :	_ 1. Voie chuchotée	
	_ 2. Audiotesteur	
	_ 3. Autre :.....	_

5. Examen oculaire

L'enfant porte-t-il des lunettes ? 0. non 1. oui

Mesure de l'acuité visuelle (avec les lunettes si l'enfant porte des lunettes):

Vision de loin Oeil droit /10 Oeil Gauche /10 OD

Test utilisé: 1. STYCAR test OG

2. Cadet lettres ou images

3. E de Snellen

4. Echelle de Monoyer

5. Autre:

Strabisme 0. non 1. oui

Poursuite oculaire normale 0. non 1. oui

6. Examen dentaire

Nombre de dents cariées non soignées

Nombre de dents obturées

Anomalie de l'articulé 0. non 1. oui

7. Troubles du langage

Retard de langage 0. non 1. oui

Défaut d'articulation 0. non 1. oui

8. Autre anomalie clinique retrouvée à l'examen général

0. non 1. oui

Si oui, laquelle :

9. L'enfant a-t-il refusé une partie de l'examen ?

0. non 1. oui

Si oui: examen somatique 0. non 1. oui

examen psychomoteur 0. non 1. oui

10. Conseils d'orientation donnés aux parents

Médecin traitant 0. non 1. oui

ORL 0. non 1. oui 2. déjà suivi

Ophtalmologiste 0. non 1. oui 2. déjà suivi

Orthophoniste 0. non 1. oui 2. déjà suivi

Pédopsychiatre, psychologue, psychomotricienne (CMP(P), hôpital, libéral) 0. non 1. oui 2. déjà suivi

Dentiste 0. non 1. oui 2. déjà suivi

Autre spécialité 0. non 1. oui

si oui, laquelle :