

## EXAMEN ENTRE 11 ET 13 ANS

### Adolescence, le chemin de l'autonomie

Avec la puberté, vont débiter d'importantes modifications physiques, intellectuelles et psychiques, qui feront de votre enfant un adolescent, puis un adulte. Tous ces changements le pousseront à se poser des questions et à tenter ses propres expériences.

Depuis sa naissance, vous vous êtes activement occupé(e) de la santé de votre enfant. À partir de maintenant, toujours avec votre aide, votre enfant va réclamer davantage d'autonomie : il participera aux choix qui le concernent, il développera ses compétences et apprendra à s'occuper lui-même de sa santé.

Les jeunes adolescents traversent une période à la fois dynamique et fragile. Il est essentiel de comprendre leurs désirs nouveaux d'indépendance. En même temps, votre enfant a toujours besoin de votre affection et de votre soutien.



### Préparer la consultation

#### Pourquoi un examen à cet âge ?

Cet examen va permettre à votre enfant de faire le point sur son développement et l'inciter à s'occuper de sa santé. Au cours de cet examen, tous les aspects de sa santé et de sa vie pourront être abordés. Les questions suivantes visent à favoriser le dialogue entre vous, votre enfant et le médecin :

- si l'alimentation, le sommeil, le travail scolaire ou les loisirs de votre enfant sont un souci pour vous, ou un sujet de désaccord entre vous et votre enfant ;
- si votre enfant se plaint souvent, est souvent fatigué(e) ou malade ;
- si votre enfant manque souvent la classe ou est régulièrement en retard.

**Parlez-en avec votre médecin.**

Faire lire la page suivante à votre enfant.

### Prendre soin de soi

Tu arrives à l'âge de l'adolescence. Progressivement, avec l'aide de tes parents, tu vas devenir autonome. Tu vas aussi devenir de plus en plus responsable de ta propre santé. Tu trouveras dans ce carnet les éléments de ton parcours de santé (poids, taille, vaccins, maladies, etc.) pour t'aider.

L'adolescence n'est pas toujours une période facile. C'est normal de rencontrer des difficultés, de ne pas toujours être à l'aise avec les autres en classe et au dehors, c'est important aussi de pouvoir en parler.

Si tu te sens mal, si le monde te paraît compliqué et que tu as l'impression d'avoir peu de prise sur lui, **ne reste pas seul(e)**.

Autour de toi, il y a sûrement quelqu'un à qui tu peux te confier : tes parents, un(e) ami(e), ton médecin, l'infirmière scolaire, un(e) psychologue...

**Tu peux aussi appeler un numéro de téléphone anonyme et gratuit\*. Un professionnel de l'écoute pourra te comprendre et t'aider.**



### Préparer la consultation

#### Pourquoi un examen à cet âge ?

Ton corps change, cet examen est l'occasion de parler de toi et de répondre aux questions que tu te poses sur ta santé, ton aspect physique, ta croissance.

**Parles-en à ton médecin.  
Si tu le souhaites, tu peux demander à le voir seul.**

\* Tu peux en trouver auprès de l'infirmière scolaire, de ton médecin ou en chercher sur le site [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr).



# EXAMEN ENTRE 11 ET 13 ANS

## Préparer la consultation

Classe : .....

Y a-t-il eu des modifications familiales ou des conditions de vie depuis le dernier examen ?

.....



Quelles activités (sport, musique, autres) aimes-tu pratiquer pendant tes loisirs ?

.....

.....

**Si tu le veux bien, une partie de la consultation pourra se faire hors de la présence de tes parents, avec leur accord.**



## Examen médical

Date : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année    Âge : .....

Poids : \_\_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_\_ m    IMC : \_\_\_\_\_    Pression artérielle : .....

L'enfant a-t-il une correction ?    non     oui   
(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

### Mesure de l'acuité visuelle

#### Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

#### Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Strabisme    non     oui

Si oui, pris en charge    non     oui

Poursuite oculaire normale    non     oui

Tolère l'occlusion oculaire alternée    non     oui

Test de vision stéréoscopique    fait     non fait

Résultat :    normal     à refaire

avis spécialisé demandé

Test de vision des couleurs    fait     non fait

Résultat :    normal     à refaire

avis spécialisé demandé

Tympan normaux  
à gauche    non     oui   
à droite    non     oui

### Examen auditif

Test utilisé : .....

Résultat :    normal     à refaire   
avis spécialisé demandé

Fréquence    500    1 000    2 000    4 000    8 000 Hz

oreille droite                   

oreille gauche                   

Résultat :    normal     à refaire

avis spécialisé demandé

### Développement

Orientation spatiale :

– sur autrui    non     oui

– sur un objet    non     oui

Troubles de l'équilibre    non     oui

Test à l'effort    fait     non fait

Test utilisé : .....

Résultat :    normal     à refaire   
avis spécialisé demandé

Troubles du sommeil    non     oui

Plaintes somatiques fréquentes    non     oui

Évoque son passé    non     oui

Établit des projets    non     oui

Trouble du langage connu  
ou suspecté    non     oui

Si oui, pris en charge    non     oui

bilan demandé

Latéralité (D droite, G gauche, NF non fixée)

Main \_\_\_\_\_ Œil \_\_\_\_\_ Pied \_\_\_\_\_

**Examen somatique et synthèse de la consultation** (indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Nombre de dents\* : cariées soignées \_\_\_\_\_ cariées non soignées \_\_\_\_\_ absentes \_\_\_\_\_ traumatisées \_\_\_\_\_

Brossage des dents suffisant    non     oui

Conseils d'hygiène donnés    non     oui

### Examen de la peau :

Acné : ..... nævi (nombre) \_\_\_\_\_ autres : .....

Conseils d'hygiène donnés    non     oui

Statique vertébrale : scoliose    non     oui

Autres anomalies de la statique vertébrale : .....

Noter ici le stade de maturation pubertaire (stades de Tanner) :

Fille (S1 à S5) \_\_\_\_\_ (P1 à P5) \_\_\_\_\_    Garçon (G1 à G5) \_\_\_\_\_ (P1 à P5) \_\_\_\_\_

Règles :    non     oui

Si oui, date des premières règles : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année

Cachet et signature du médecin :