

EXAMEN ENTRE 8 ET 9 ANS

Préparer la consultation

Classe :

Est-ce que votre enfant va régulièrement à l'école ?

Qui s'occupe de votre enfant en dehors des périodes scolaires ?

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

- Si votre enfant n'arrive pas à répéter une phrase sans se tromper.
- Si vous trouvez que votre enfant est souvent malade.
- Si l'école vous a signalé des problèmes.
- Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement ou le comportement de votre enfant.

Quel que soit son âge, évitez les écrans ou téléviseurs dans sa chambre.

Parlez-en avec votre médecin.


À l'école, qu'est-ce que tu aimes ? Qu'est-ce que tu n'aimes pas ? Qu'est-ce que tu aimes faire quand tu n'es pas à l'école ? (Tu peux écrire ici si tu veux.)

Examen médical

Date : _____ jour _____ mois _____ année Âge :

Poids : _____ kg Taille : _____ m IMC : _____

Risque de saturnisme non oui 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

 Tympanaux 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

Débit de parole normal non oui Lit un texte court et en restitue le sens non oui Connaît les jours de la semaine non oui Trouble du langage écrit suspecté non oui Test de langage pratiqué non oui

Test utilisé :

Résultat : normal à refaire
bilan orthophonique demandé

Orientation spatiale :
– sur autrui non oui
– sur un objet non oui
S'habille entièrement seul non oui
Troubles de l'équilibre non oui

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

Examen de la peau : nævi (nombre) _____ autres :

Statique vertébrale : scoliose non oui autres anomalies de la statique vertébrale
Préciser :

Présence de signes pubertaires : non oui Si oui, âge à l'apparition : _____ ans _____ mois

Cachet et signature du médecin :

* Un examen bucco-dentaire est pratiqué à 9 ans par un dentiste (page 89).