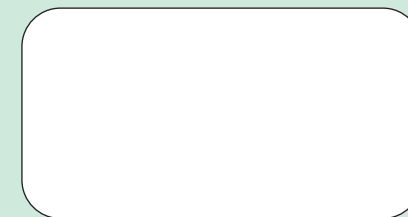


NE PAS PLIER



## RECUEIL MEDICAL à 2 ANS



### MESURES

**POIDSENF** Poids ,  kg **TAILLEENF** Taille ,  cm **PCENF** Périmètre crânien ,  cm

### DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

<b>MARCHE</b> <b>1</b> Marche acquise	<b>2</b> Marche non acquise
<b>MARCHEAGE</b> Age de la marche <input type="text"/> <input type="text"/> mois	<b>ASSISEUL</b> S'assied seul <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
<b>MARCHINST</b> Marche instable <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	<b>MDEBSEUL</b> Se met debout seul <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
<b>SAUTPJ</b> Saute à pieds joints <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	<b>MARCHSUPP</b> Marche avec support <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
	<b>DEFMOTRI</b> Déficience motrice <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non

<b>OBJETMAIN</b> Passe un objet d'une main à l'autre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>OBJETSUPERPO</b> Superpose des objets <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>CONSIGNE SIMPL</b> Comprend une consigne simple <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ASSOMOTS</b> Associe 2 mots <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Montrer la fiche images (enveloppe apportée par les parents)

**MAJ** Nombre d'images nommées  Ne pas compter bon pour "ouaf-ouaf" **NBIMAGNOMC**

**MAJ** Nombre d'images montrées  Remplir dans le cas où aucune image n'a été nommée **NBIMAGMONC**

### BILAN NEURO-SENSORIEL ET ORIENTATIONS

**VIEXAM**  
Examen de la vision normal  Oui  Non

**VIESUIVI**  
si non, préciser :  Suivi ophtalmologique en cours Pour  Amblyopie **AMBLYO**  
 Demande de consultation ophtalmo  Strabisme **STRABI**  
 Autre motif **VISEDEFIAUTR**

**AUDITEXAM**  
Examen de l'audition normal  Oui  Non

**AUDITSUIVI**  
si non, préciser :  Suivi ORL en cours Pour  Diminution de l'audition **AUDITDIMIN**  
 Demande de consultation ORL  Autre motif **AUDIDEFIAUTR**

Autres orientations  **PSYCHOM** Psychomotricien  **PSYCHOL** Psychologue  **DENTIST** Dentiste  
 **KINESITH** Kinésithérapeute  **PEDOPSY** Pédopsychiatre  **AUTORIENT** Autre

### AUTRE ÉLÉMENT IMPORTANT À SIGNALER

**MAJ** **AUTRINFOC(1à3)**

L'enfant que vous voyez en consultation aujourd'hui participe avec environ 18 000 autres enfants nés en 2011 en France métropolitaine à la cohorte Elfe (Etude longitudinale française depuis l'enfance : <http://www.elfe-france.fr>), dont l'objectif est de mieux comprendre l'impact de l'environnement précoce sur le développement, la santé et la socialisation.

Une naissance sur 50 est concernée. Nous vous remercions d'accompagner les parents dans leur démarche basée sur le volontariat en acceptant de remplir ce questionnaire qui fait le point sur la santé et le développement psycho-moteur à 2 ans, et de contribuer ainsi à l'avancement de l'étude.

Docteur Marie-Aline Charles  
Directrice de l'Unité Mixte Elfe Ined-Inserm-EFS

Utilisez de préférence un **stylo-bille noir** pour remplir le questionnaire

Merci aux parents de bien vouloir nous retourner le questionnaire dans l'enveloppe T fournie ou bien à l'adresse suivante :  
Ined, Unité Mixte Elfe, 133 boulevard Davout - 75980 Paris Cedex 20

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Docteur Marie-Aline Charles.

