

Services départementaux de Protection maternelle et infantile Conseils généraux participants



Unité mixte Elfe (Ined-Inserm-EFS)
133, boulevard Davout
75 980 Paris Cedex 20
France

Tel : 00 33 (0)1 56 06 21 01
Fax : 00 33 (0)1 56 06 22 49

www.elfe-france.fr



Bilan de santé à 3-4 ans en maternelle



Cette fiche est destinée à l'équipe médicale du service départemental de PMI qui proposera un bilan de santé entre 3 et 5 ans (BEM) aux enfants scolarisés en école maternelle.

Ce questionnaire concerne les enfants nés les : 1, 2, 3 et 4 avril 2011;
27, 28 juin 2011;
1, 2, 3, 4 juillet 2011;
27, 28, 29 septembre 2011 ;
1, 2, 3, 4 octobre 2011;
28, 29, 30 novembre 2011;
1, 2, 3, 4, 5 décembre 2011.

Certains enfants et leur famille participent depuis leur naissance à l'étude longitudinale Elfe et leurs parents ont accepté de répondre déjà à plusieurs longues interviews. A certaines étapes, nous proposons de recueillir des informations sécurisées directement auprès d'un professionnel de santé, et le BEM s'inscrit dans cette démarche.

Les autres enfants et leur famille non inclus dans la cohorte sont invités de leur côté à participer à une enquête unique lors du BEM, toujours dans le respect des règles de confidentialité exigées par la CNIL, afin d'enrichir les données collectées.

Le courrier distribué préalablement aux familles des enfants concernés garantit leur information et leur droit de refuser à participer à cette étude (formulaire d'opposition).

Un cahier d'inclusion complète les questionnaires. Il permettra d'assurer le contrôle qualité de l'enquête et d'identifier les enfants appartenant à la cohorte Elfe sur un support séparé de celui contenant des données de santé. Le questionnaire ne sera pas rempli en cas de refus de la famille, ou détruit par l'équipe après son remplissage en cas de réception du refus de la famille.

L'ensemble de ce dispositif, construit en partenariat avec les services départementaux de PMI et l'unité Elfe, permettra de disposer pour la première fois d'une vision élargie de la santé des enfants de 4 ans en France métropolitaine.

Si vous avez des questions concernant ce formulaire ou l'organisation de l'enquête, vous pouvez nous contacter à l'adresse : corinne.bois@ined.fr ou par téléphone au 01 56 06 21 01

Pour en savoir plus sur la cohorte Elfe, nous vous invitons à consulter le site www.elfe-france.fr



Bilan de santé PMI à 3-4 ans en maternelle

CODE BARRE

NIE

ELFE

ENFANT INCLUS DANS ELFE

Oui Non NSP

PREMIERES LETTRES PRENOM (2) ET NOM DE L'ENFANT (1)

DATE DE NAISSANCE jour mois 2011

SEXE Masculin Féminin

ZEPREP SCOLARISATION EN ZEP, REP, RRS ni ZEP ni REP ni RRS

EN CLASSE DE PS MS GS EFFECTIF ≤ 20 enfants 21 à 25 26 à 30 >30 enfants

VIT AVEC Mère et Père Mère seule Père seul Garde alternée Autre VITAVEC

PROFESSION DES PARENTS PROFMERE/PROFPERE ACTIVITE PROFESSIONNELLE ACTIMERE/ACTIPERE

<input type="checkbox"/> Mère	1 Agriculteur exploitant 2 Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4 Profession intermédiaire 5 Employé 6 Ouvrier	<input type="checkbox"/> Mère	1 Actif 2 Retraité 3 Au foyer 4 Congé parental	5 Chômeur 6 Elève, étudiant, formation 7 Autre inactif
<input type="checkbox"/> Père	3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure		<input type="checkbox"/> Père		

DATE DE L'EXAMEN jour mois année SYSTEMATIQUE¹ CIBLE CIBLÉ → CIBLÉLFE CIBLÉ ELFE² CIBLEPMI CIBLÉ PMI

EXAMEN EFFECTUE PAR (plusieurs réponses possibles)

Médecin de PMI MEDPMI Infirmière scolaire INFSCOL Médecin libéral MEDLIBER Auxiliaire de PMI AUXPMI Médecin scolaire MEDSCOL Infirmière ou puéricultrice de PMI INFPUERPMI Autre(s) professionnel(s) (préciser) : AUTRPROFPR

DISPOSITIFS PARTICULIERS D'ACCUEIL MIS EN PLACE A L'ECOLE

PPS : Projet personnalisé de scolarisation Oui Non, mais envisagé Non

AAEH : Si oui, AEEH connue Aménagement du temps scolaire de l'enfant

AVS : Présence d'un AVS ou EVS à % ETP ETPAVS

PAI : Projet d'accueil individualisé Oui Non

Si oui, PAI pour allergie alimentaire PAIALLERG asthme PAIASTHME autre PAIAUTRE

ATCD Terme SA TERME Nombre d'hospitalisations (y compris néonatales et de jour) NBHOSP

VACCINATIONS	DTPOLIO(...) DT polio	COQUELU(...) Coqueluche	HAEMON(...) H Influenzae	HEPATB(...) Hépatite B	PNEUMO(...) Pneumocoque
1 ^{ère} dose 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} dose 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^{ème} dose 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel RAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres vaccinations	CARNETSANT	
BCG BCG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Carnet de santé ou de vaccination non présenté
ROR ROR(1à2)	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} dose <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} dose	
Méningocoque C MENINGOC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hépatite A HEPATA(1à2)	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} dose <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} dose	
Fièvre jaune FIEVREJAUNE	<input type="checkbox"/> Oui	
Varicelle VARICELLE(1à2)	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} dose <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} dose	GRIPPE201(1à5)
Grippe (préciser l'année)	<input type="checkbox"/> 2011 <input type="checkbox"/> 2012 <input type="checkbox"/> 2013 <input type="checkbox"/> 2014 <input type="checkbox"/> 2015	
Rotavirus ROTAVIRUS	<input type="checkbox"/> incomplète <input type="checkbox"/> complète	
Autre (préciser) : AUTREVACCP	PASYST(1à2) PADIAST(1à2)	

EXAMEN CLINIQUE GENERAL

POIDS Poids (kg) Taille (cm)

REBIMC Oui Non Courbe non tracée

THELARCH Prématurité thélarche Oui Non Non recherchée

ANOMCLIN Cryptorchidie Oui Non Non recherchée

Autre anomalie non prise en charge retrouvée à l'examen clinique : Oui Non Pas d'examen clinique réalisé

EXAMEN AUDITIF Date du dépistage si différent du jour de l'examen général jour mois 2011

Audition normale à droite Oui Non Impossible Non proposé AUDITIOND

Audition normale à gauche Oui Non Impossible Non proposé AUDITIONG

Test de l'audition utilisé: Voix chuchotée VOIXCHUCH Audioteleur AUDIOTEST Autre test : AUTRTESTAUDP

EXAMEN DE LA VUE Date du dépistage si différent du jour de l'examen général jour mois 2011

Lunettes (avant le dépistage) Oui Non LUNETTES

Cache occlusif permanent ou ponctuel Oui Non CACHE

Strabisme STRABISME Oui Non Si oui, concerne : Œil droit Œil gauche

Autre anomalie visuelle AUTRANOVUE Oui Non Si oui, préciser : AUTRANOVUEP

Acuité visuelle de loin	Sans lunettes	Avec lunettes le cas échéant	Test de Lang LANG
Œil droit ACUVUED	<input type="text"/> 10 ^{èmes}	<input type="text"/> 10 ^{èmes} ACUVUELUND	<input type="checkbox"/> Normal (≥ 2/3)
Œil gauche ACUVUEG	<input type="text"/> 10 ^{èmes}	<input type="text"/> 10 ^{èmes} ACUVUELUNG	<input type="checkbox"/> Anormal ou impossible

Test utilisé : STYCAR test STYCAR Cadet image CADETIMAG Cadet lettres CADETLETR E de Snellen ESNELLEN Aucun AUCUNVUE Refus REFUSVUE Autre : TESTVUAUT

EXAMEN DENTAIRE Date du dépistage si différent du jour de l'examen général jour mois 2011

Nombre de dents cariées non soignées Non vu CARIENSV

Nombre de dents cariées soignées Non vu CARIESOINV

TRAUMADENT dents traumatisées Non vu TRAUDENTV

Anomalie de l'articulé : Béance antérieure Oui Non Non vu BEANCEANT

Occlusion inversée Oui, partielle Oui, totale Non Non vu OCCLINVERS

LANGAGE Date du dépistage si différent du jour de l'examen général jour mois 2011

LANGUETRANG Parle ou comprend une autre langue que le français (ou plusieurs) Oui Non Préciser : LANGUETRANGP

PHRASES Fait des phrases bien construites (verbes conjugués, prépositions, articles) Oui De temps en temps Non

Est compréhensible facilement par une personne extérieure Oui De temps en temps Non

Est capable de raconter une situation, décrire une image Oui De temps en temps Non

Test utilisé : ERTL4 Evalmater EVALMATER Autre AUTRTESTLANG

EXAMEN PSYCHOMOTEUR COULEURS/BONHOMME/PRAXIE

Connaît au moins 3 couleurs Oui Non Refus

Dessine un bonhomme en 3 parties Oui Non Refus

Praxie 5^{ème} main D- pouce main G Oui Non Refus

Met seul un vêtement HABIT Oui Non Refus

Descend un escalier ESCALIER en alternant les pieds Oui Non NSP

Saute en avant SAUTE Oui Non Refus

Tient sur un pied 3 secondes Oui Non Refus

S'oriente dans l'espace Oui Non NSP

CONSEIL(S) D'ORIENTATION(S) DONNE(S) AUX PARENTS

Médecin traitant MEDTRAIT Oui Non

ORL ORL Oui Non Déjà suivi (avant le dépistage si examen en deux temps)

Ophthalmologiste OPHTALMO Oui Non Déjà suivi (avant le dépistage si examen en deux temps)

Dentiste ou stomatologue DENTISTE Oui Non Déjà suivi

Orthophoniste ORTHOPHON Oui Non Déjà suivi (avant le dépistage si examen en deux temps)

Pédopsychiatre PEDOPSY Oui Non Déjà suivi

Psychologue PSYCHOL Oui Non Déjà suivi

Psychomotricienne PSYCHOMOT Oui Non Déjà suivi

Autre professionnel de santé Oui Non Déjà suivi à préciser : AUTRPROF1/AUTRPROF1P

Autre professionnel de santé Oui Non Déjà suivi à préciser : AUTRPROF2/AUTRPROF2P

Quelles que soient vos réponses précédentes, avez-vous orienté l'enfant vers une des structures de soin suivantes ?

CAMSP Oui Non Déjà suivi CAMSP CMP, CMPP Oui Non Déjà suivi CMPCMP

Prévoyez-vous une liaison avec le médecin traitant ? Oui Non Selon l'évolution LIAISONMED

Pensez-vous être amené à revoir cet enfant l'année prochaine ? Oui Non Selon l'évolution ENFAREVOIR

Commentaires : COMMENTP