

## 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](http://www.elfe-france.fr)



**elfe**  
Etude Longitudinale  
Française depuis  
l'Enfance



## 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](mailto: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](http://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)** | | | |  
**DATNAISSJ/DATNAISSM**  
**DATE DE NAISSANCE** | | | jour | | | mois 2011  
**SEXE**  Masculin  Féminin  
**ZEPREP**  
**SCOLARISATION EN**  ZEP, REP, RRS  ni ZEP ni REP ni RRS  
**CLASSE**  
**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	<input type="checkbox"/> Mère	1 Actif 2 Retraité 3 Au foyer 4 Congé parental	<input type="checkbox"/> Père	5 Chômeur 6 Elève, étudiant, formation 7 Autre inactif
<input type="checkbox"/> Père	3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 4 Profession intermédiaire 5 Employé 6 Ouvrier	<input type="checkbox"/> Père			

**DATE DE L'EXAMEN** | | | jour | | | mois | | | | année  
**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**  
*AVS : auxiliaire de vie scolaire EVS : emploi vie scolaire*

**PAI** : Projet d'accueil individualisé **PAI**  
 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 <sup>ère</sup> dose <b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> dose <b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <sup>ème</sup> dose <b>3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel <b>RAP</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autres vaccinations**

BCG <b>BCG</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>CARNETSANT</b> <input type="checkbox"/> Carnet de santé ou de vaccination non présenté
ROR <b>ROR(1à2)</b>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> dose <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> dose	
Méningocoque C <b>MENINGOC</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hépatite A <b>HEPATA(1à2)</b>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> dose <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> dose	
Fièvre jaune <b>FIEVREJAUNE</b>	<input type="checkbox"/> Oui	
Varicelle <b>VARICELLE(1à2)</b>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> dose <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> dose	<b>GRIPPE201(1à5)</b>
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 <b>ROTAVIRUS</b>	<input type="checkbox"/> incomplète <input type="checkbox"/> complète	
Autre (préciser) : <b>AUTREVACCP</b>		<b>PASYST(1à2) PADIAST(1à2)</b>

**EXAMEN CLINIQUE GENERAL**  
**POIDS** Poids (kg) | | | , | | | **TAILLE** Taille (cm) | | | , | | |  
**REBIMC** Rebond IMC  Oui  Non  Courbe non tracée  
**THELARCH** Prématuration thélarche  Oui  Non  Non recherchée **CRYPTORCH** Cryptorchidie  Oui  Non  Non recherchée  
**ANOMCLIN** 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 201| |  
 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 201| |  
 Lunettes (avant le dépistage)  Oui  Non **LUNETTES**  
 Cache occlusif permanent ou ponctuel  Oui  Non **CACHE** **STRABDROIT** **STRABGAUCHE**  
 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 <b>ACUVUED</b>	10 <sup>èmes</sup>	10 <sup>èmes</sup> <b>ACUVUELUND</b>	<input type="checkbox"/> Normal ( ≥ 2/3)
Œil gauche <b>ACUVUEG</b>	10 <sup>èmes</sup>	10 <sup>èmes</sup> <b>ACUVUELUNG</b>	<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 201| |  
**NBCARIESNS** Nombre de dents cariées non soignées | | |  Non vu **CARIENSV**  
**NBCARIESOIN** dents cariées soignées | | |  Non vu **CARIESOINNV** Nombre total de dents : | | | **NBDENT**  
**TRAUMADENT** dents traumatisées | | |  Non vu **TRAUDENTNV**  
 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 201| |  
**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 **COMPREHENS**  
 Est capable de raconter une situation, décrire une image  Oui  De temps en temps  Non **RACONTE**  
 Test utilisé :  ERTL4 **ERTL4**  Evalmater **EVALMATER**  Autre **AUTRTESTLANG**  Participation impossible au test **PARTICPLANG**  Test à revoir **TESTLANGREV**

**EXAMEN PSYCHOMOTEUR** **COULEURS/BONHOMME/PRAIXIE**  
 Connaît au moins 3 couleurs  Oui  Non  Refus Descend un escalier **ESCALIER**  Oui  Non  NSP  
 Dessine un bonhomme en 3 parties  Oui  Non  Refus Saute en avant **SAUTE**  Oui  Non  Refus  
 Praxie 5<sup>ème</sup> main D- pouce main G  Oui  Non  Refus Tient sur un pied 3 secondes  Oui  Non  Refus  
 Met seul un vêtement **HABIT**  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**