

**DOSSIER MEDICAL
(NOURRISSON - GRAND ENFANT)**

Dossier N°

Nom :

Prénom :

Fils (Fille) de : **Et de :**

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone : Père..... **Mère**.....

Date d'entrée : **Age**

Motif de l'hospitalisation:

Date de sortie :

DIAGNOSTICS DE SORTIE

CODE

-
-
-
-
-

A revoir le :

Par Dr :

GROUPE SANGUIN :**Fait le :****ANTECEDENTS FAMILIAUX**

- Consanguinité
- Tares
- Maladies dans la fratrie et la famille

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

- Grossesse
- Accouchements : normal [] -césarienne [] -forceps [] Lieu : domicile [] -hôpital []

ANTECEDENTS PERSONNELS

- Né à terme [] - prématuré [] - rang dans la fratrie
- Poids de naissance : Taille : PC :
- 1er cri réanimation : oui [] – non [] Apgar :
- Période néo-natale : - ictère [] - hémorragie [] – anémie [] -hypoglycémie []
 - infection [] - détresse respiratoire [] - asphyxie [] -RCIU []
- Maladies antérieures

ALIMENTATION

- Allaitement : sein - artificiel - mixte
- Allaitement maternel : Durée :
- Lait artificiel : - Date d'introduction
 - Marque
 - Nombre de mesures par biberon
 - Nombre de biberons par jour
- Age d'introduction : - Farines - Laitages
- Légumes - viande et œufs
- Fruits - Gluten
- Repas actuel

ARBRE GENEALOGIQUE : Garçon : Fille : Avortement : ● Décédé : D Propositus : ↑

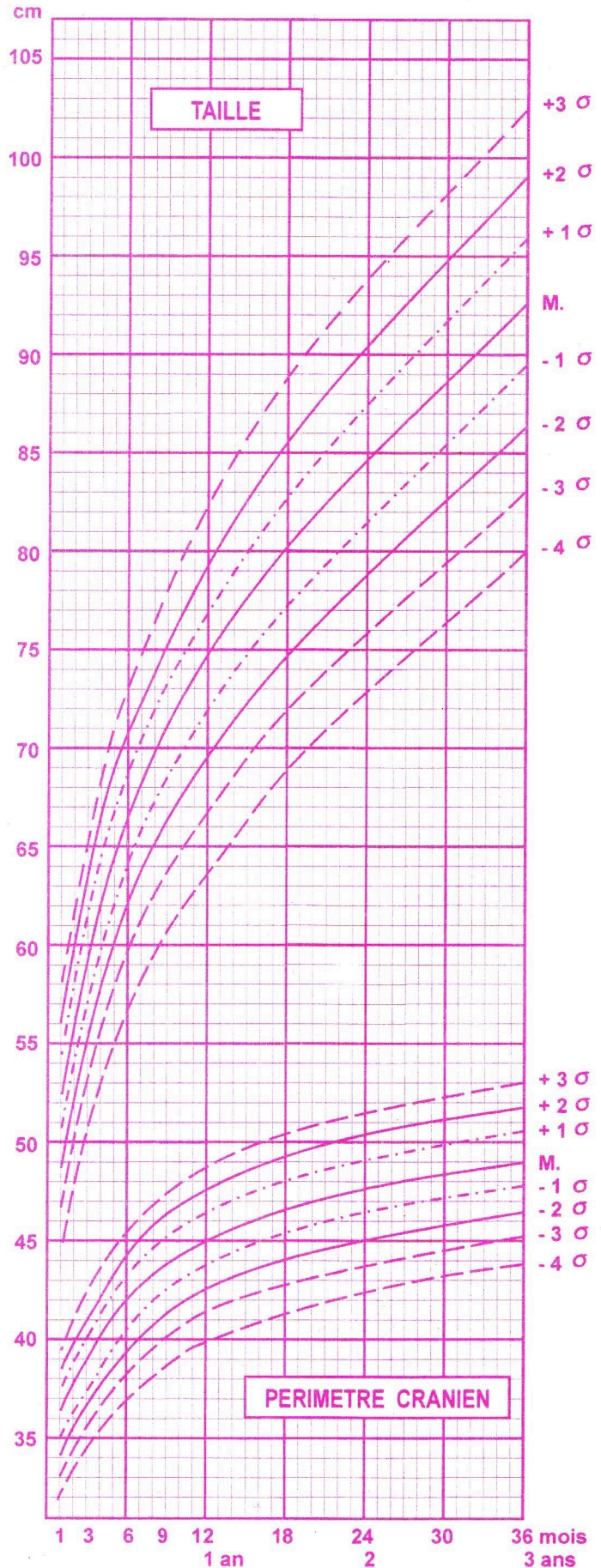
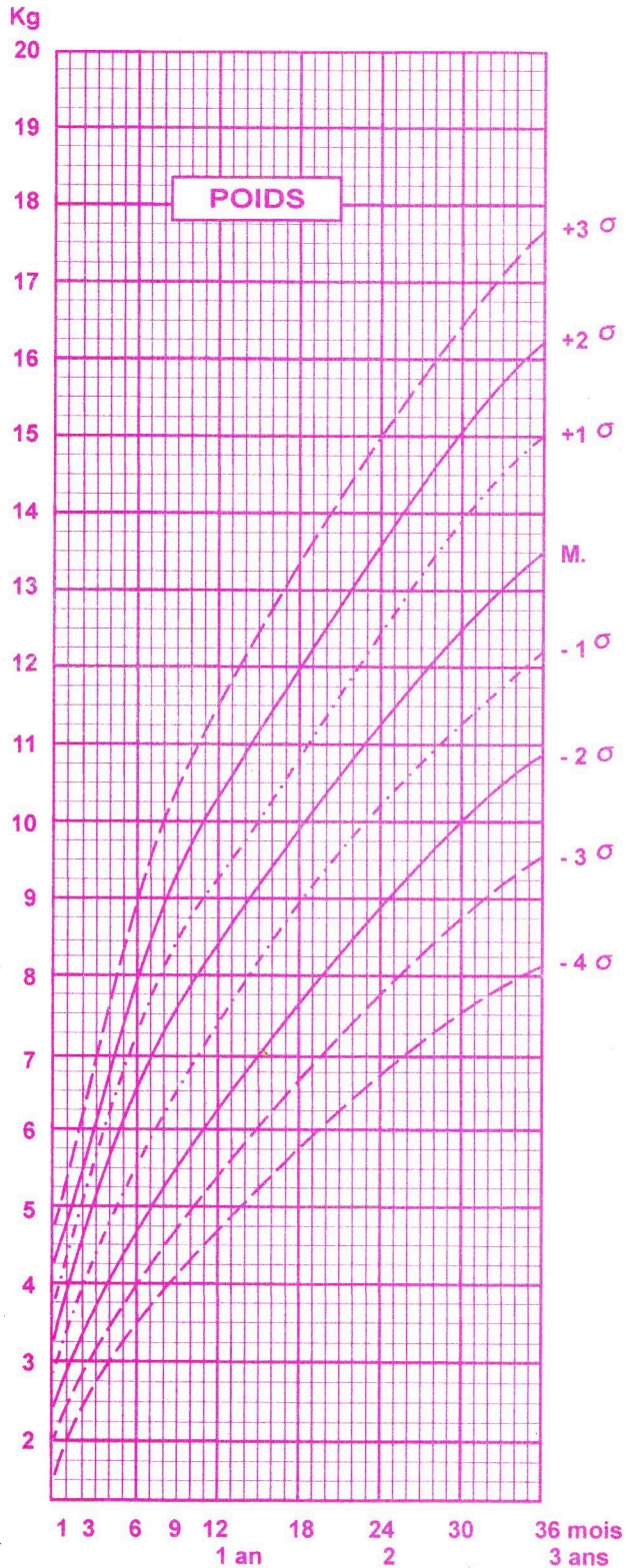
CROISSANCE SOMATIQUE DES FILLES DE LA NAISSANCE A 3 ANS

NOM :


Prénom : Sexe : ♀

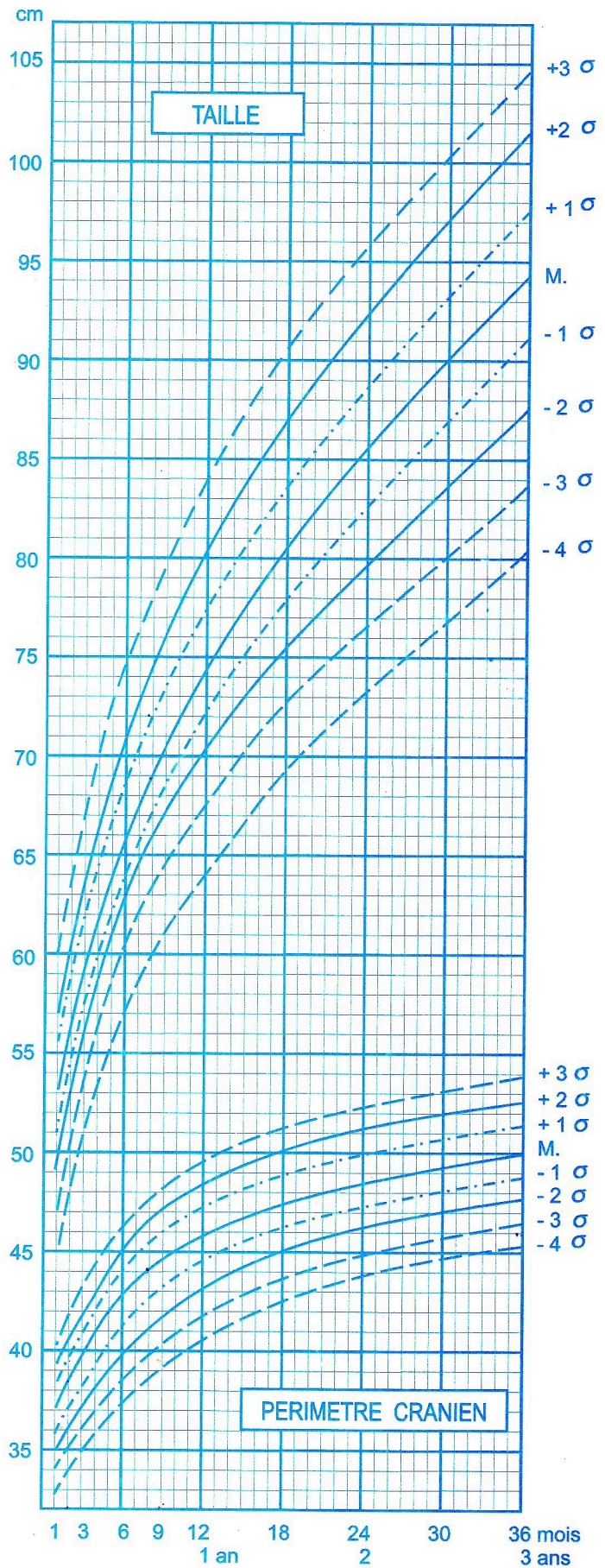
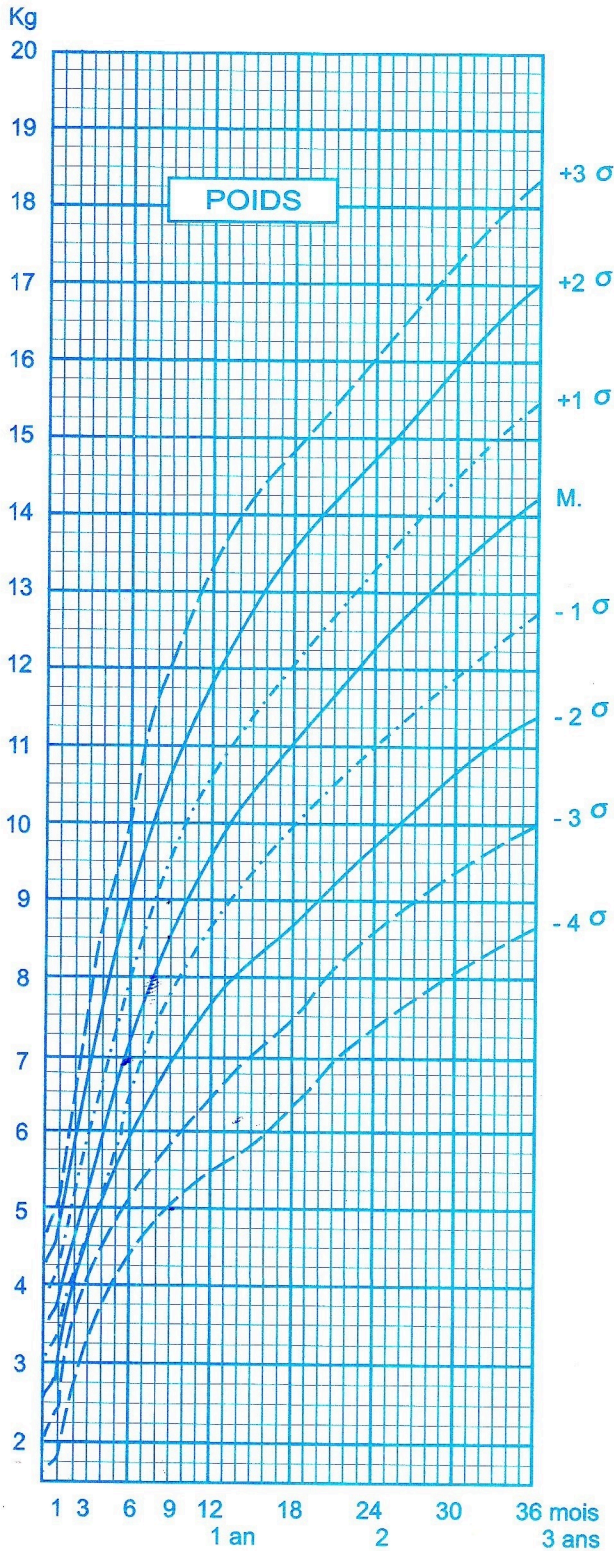
Date de Naissance:

PN:.....g TN:.....cm PCN:.....cm



CROISSANCE SOMATIQUE DES GARÇONS DE LA NAISSANCE A 3 ANS

NOM :
 Prénom : Sexe : 
 Date de Naissance:
 PN:.....g TN:.....cm PCN:.....cm



VACCINATION : (Mettre une croix à droite du vaccin)

* B.C.G: NSC

* Anti-hepatite B NSC 2M 4M 12M

* Anti-poliomyélitique NSC 2M 3M 4M 12M 6ans

*D .T.Coq 2M 4M 12M 6ans

*Anti -Hib 2M 4M 12M

*Anti-pneumococcique 2M 4M 12M

* Antirougeoleux ROR 11M 18M

Vitamine D : Dose : Date : 1M 6M

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

- Tient la tête à
- Assis à
- 1^{er} pas à
- Préhension de contact
- Préhension palmaire
- Préhension pouce-index
- Gazouille à
- Babilles à
- Syllabe à
- 1^{er} mot à
- 1^{er} sourire à
- Rit aux éclats
- Reconnaît les visages familiers
- 1^{ère} dent à
- Propreté diurne à
- Propreté nocturne à
- Régression psychomotrice : - oui [] - non [] Age :
- Scolarité : - oui [] - non []
- Année scolaire
- Rendement scolaire

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

Maladies contagieuses : (âge de survenue) :

Rougeole :Varicelle :

Oreillons :Rubéole :Autres :

autres maladies ou hospitalisation :

.....
.....
.....

CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Type d'habitat :

Nombre de pièce:

Personnes vivant au foyer :

Eau courante :

Puit :

Fontaine :

Chauffage :

Gaz :

Électricité :

Cuisine individualisée :

Sécurité sociale :

SYNTHESE DE L'ANAMNESE

EXAMEN A L'ENTREE

Poids : Déviation standard (DS) FC :
Taille : Déviation standard (DS) FR :
P.C : Déviation standard (DS) T.A :
Stade pubertaire : T° :

➤ ASPECT GENERAL DE L'ENFANT

➤ PEAU ET PHANERES

➤ TÊTE (Aspect , cheveux , fontanelles ...)

- Face : (dysmorphie)

- Cou :

➤ EXAMEN ORL

-Bouche :

- Gorge :

- Nez :

- Oreille :

➤ SYSTEME LYMPHO-GANGLIONNAIRE (siège , aspect , taille)

➤ THORAX :

-appareil pleuro-pulmonaire :

- cœur :

-Vaisseaux :

-Pouls périphériques :

➤ ABDOMEN : (inspection , palpation, percussion, auscultation)

-Foie :

-Rate :

-Orifices herniaires :

➤ APPAREIL URO-GENITAL

- Loges rénales :

- Vessie :

-Organes génitaux externes :

- Aspect du jet urinaire :

➤ **APPAREIL LOCOMOTEUR**

- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Colonne vertébrale :
- Aspect debout :
- Aspect à la marche :

➤ **EXAMEN NEUROLOGIQUE**

- Conscience :

NRS	01	02	03	04	05	06	score
Ouvertures des yeux	Absence	A la douleur	A la voix	Spontanée			
Réponse verbale	Absence	Gémit à la douleur	Pleure à la douleur	Cris , mots inappropriés	Sourires, cris , mots appropriés		
Réponse motrice	Absence	Stéréotypée en extension	Stéréotypée en flexion	En retrait à la douleur	Localisée à la douleur	Normale, spontanée	

Enfant	01	02	03	04	05	06	Score
Ouvertures des yeux	Absence	A la douleur	A l'ordre	Spontanée			
Réponse verbale	Absence	Sons inappropriés	Mots inappropriés	Confuse	Orientée		
Réponse motrice	Absence	Stéréotypée en extension	Stéréotypée en flexion	En retrait à la douleur	Localisée à la douleur	Normale sur ordre	

- Tonus :

- Motricité :

- Sensibilité superficielle :

- Sensibilité profonde :

- Equilibre :

- Coordination :

-Reflexes ostéo- tendineux : R.stylo-radial
R.rotulien
Signe de Hoffman

R.bicipital
R.achiliéen
Signe de Rossolimo

R.tricipital

Reflexes cutanés-abdominaux :

Paires crâniennes :

Examen de l'œil :

Signes méningés :

Troubles végétatifs :

Chimie des urines : Sang

Protéines

Glucose

Corps cétoniques

RESUME DE L'OBSERVATION :

PROBLEMES POSES :

-
-
-
-
-
-

HYPOTHESES DIAGNOSTIQUE :

PROGRAMME D'INVESTIGATION :

EVOLUTION (1)

EVOLUTION (2)

EVOLUTION (3)

EVOLUTION (4)

EVOLUTION (5)

EVOLUTION (6)

EVOLUTION (7)

EVOLUTION (8)

EVOLUTION (9)

EVOLUTION (10)

Tamanrasset, le : 20.....

RÉSUMÉ DE SORTIE

NOM : PRENOM:.....

DATE DE NAISSANCE :

Dossier N°

ADRESSE :

Hospitalisation du Au :

Problèmes A l'entrée :

Diagnostic de sortie :

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

RÉSUMÉ CLINIQUE ET BILAN :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT HOSPITALIER :

.....
.....
.....

EVOLUTION ET ETAT A LA SORTIE : Poids Taille P.C

.....
.....
.....

TRAITEMENT A LA SORTIE : OUI NON

.....
.....

REGIME CONSEILLE :

.....
.....

PROGRAMME DE PRÉVENTION A FAIRE / PMI D'ORIGINE :

.....
.....

CONSULTATION DE CONTRÔLE : OUI NON

LE: à Par le Dr :

Tamanrasset, le : 20.....

RÉSUMÉ DE SORTIE

NOM : PRENOM:.....

DATE DE NAISSANCE :

Dossier N°

ADRESSE :

Hospitalisation du Au :

Problèmes A l'entrée :

Diagnostique de sortie :

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

RÉSUMÉ CLINIQUE ET BILAN :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT HOSPITALIER :

.....

.....

.....

EVOLUTION ET ETAT A LA SORTIE : Poids

Taille

P.C

.....

.....

.....

TRAITEMENT A LA SORTIE : OUI NON

.....

.....

REGIME CONSEILLE :

.....

.....

PROGRAMME DE PRÉVENTION A FAIRE / PMI D'ORIGINE :

.....

.....

CONSULTATION DE CONTRÔLE : OUI NON

LE:

à

Par le Dr :

