

ANAMNESE ET PREMIERES OBSERVATIONS

...../...../.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : N° de téléphone :
Prénom : Adresse :
Date de naissance : (âge : ans mois)
Profession de la mère : Profession du père :

MEDICAL

Naissance : SA
Type de fente : Syndrome :
Date(s) d'intervention : -
-
-
Forme familiale : oui non Diagnostic anténatal : oui non
Affections ORL :
ATT : oui non Audition :

ALIMENTATION

Alimentation périnatale : sonde naso-gastrique biberon-cuillère biberon allaitement maternel
Reflux nasal : oui non
Aliments non acceptés :
Difficultés particulières :
Habitudes de succion :

SOMMEIL

- aucune particularité difficultés d'endormissement réveils nocturnes ronflements importants
 apnées

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Station assise : oui non

Marche : oui non (âge :)

Grimpe, lance, empile, court :

Habillage :

Propreté :

Autonomie :

Mouchage :

LANGAGE

Contact et comportement :

Babillage : canonique diversifié duplications de syllabes

Premiers mots :

Associations de deux mots :

Phrases :

Compréhension :

Intelligibilité :

Intérêt pour les livres, jeux préférés :

PHONATION

En spontané : déperdition nasale audible ? oui non

Examen au miroir :

Type de phonation :

Détails :

Exercices de souffle à la maison :

CONCLUSION :

Suivi orthophonique conseillé : oui non

Documents remis aux parents :

Questions éventuelles des parents :