Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

Installation : _____

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

MALADIES NEUROMUSCULAIRES
RAPPORT PÉDIATRIE - PHYSIATRIE

Date de la rencontre : _____aaaa/mm/jj_____ Médecin traitant : _____

HISTOIRE CLINIQUE ET ANTÉCÉDENTS

Diagnostic principal : _____

- Date du diagnostic : _____aaaa/mm/jj_____
  - Confirmation génétique : ☐ Oui ☐ Non *Si oui, préciser la date* : _____aaaa/mm/jj_____
  - Mutation identifiée : _____
- Biopsie musculaire : _____

Histoire de naissance : Sexe : _____ Âge gestationnel : _____

APGAR : _____-_____-_____ Prématuré : ☐ Oui ☐ Non

Accouchement : ☐ Ventouses ☐ Forceps ☐ Autre : _____

Conditions médicales associées :

☐ Allergies : _____

☐ Dysphagie : _____

☐ Reflux gastro-œsophagien : _____

☐ Constipation : _____

☐ Surpoids/obésité : _____

☐ Retard staturo-pondéral : _____

☐ Cardiomyopathie : _____

☐ Arythmie : _____

☐ Ostéopénie/Ostéoporose : _____

☐ Fracture pathologique : _____

☐ Contractures : _____

☐ Scoliose : _____

☐ Douleur : _____

☐ Atteinte respiratoire : _____

☐ Hypoventilation nocturne/SAOS : _____

☐ Hypoventilation diurne : _____

☐ Santé mentale : _____

☐ Développement : _____

☐ Autres conditions : _____

Nom : Prénom : #Dossier :

HISTOIRE CLINIQUE ET ANTÉCÉDENTS (suite)

Médication actuelle : ☐ Liste jointe ☐ Liste DSQ ☐ Liste de la pharmacie

Nom	Dosage	Usage
	_____ mg _____x/jour ☐ PRN	
	_____ mg _____x/jour ☐ PRN	
	_____ mg _____x/jour ☐ PRN	
	_____ mg _____x/jour ☐ PRN	
Prednisone	_____ mg _____x/jour ☐ PRN	
Deflazacort	_____ mg _____x/jour ☐ PRN	
IECA/ARA	_____ mg _____x/jour ☐ PRN	

Vaccination : ☐ À jour ☐ Retard *Préciser* : _____

Audiologie : ☐ Vérifiée en date du : aaaa/mm/jj ☐ Non vérifiée

Vision : ☐ Vérifiée en date du : aaaa/mm/jj ☐ Non vérifiée

Dentiste : ☐ Vérifiée en date du : aaaa/mm/jj ☐ Non vérifiée

ÉVOLUTION CLINIQUE

Hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

Date : aaaa/mm/jj

Raison : _____

Chirurgie : ☐ Oui ☐ Non

Date : aaaa/mm/jj

Préciser : _____

Infections/Maladie aiguës : ☐ Oui ☐ Non

Date : aaaa/mm/jj

Préciser : _____

Chutes/Fractures/Blessures : ☐ Oui ☐ Non

Date : aaaa/mm/jj

Préciser : _____

Développement :

☐ Retard/trouble de langage

☐ TDAH

☐ Handicap intellectuel

☐ TSA

☐ Difficultés/trouble d'apprentissage

☐ Autre : _____

Évolution : _____

_____

_____

_____

_____

Nom : Prénom : #Dossier :

ÉVOLUTION CLINIQUE (suite)	
Fonction	**Contrôle de tête :** ☐ Acquis ☐ _____ **Position assise :** ☐ Acquis ☐ _____
Déplacements	**Marche :** ☐ Autonome ☐ Aide : _____ ☐ Chutes, *Fréquence* : _____ **Transferts :** ☐ Autonome ☐ Aide x____ ☐ Pivot ☐ Lève-personne : _____ **Autres :** ☐ Course ☐ Sauts ☐ ↑ Escaliers ☐ ↓ Escaliers ☐ Alterne ☐ Utilise la rampe
Autonomie personnelle	**Sommeil :** _____ **Alimentation :** ☐ Autonome ☐ Gavage ☐ Pneumonies : _____ ☐ Suivi en dysphagie : aaaa/mm/jj _____ **Propreté :** ☐ Acquis ☐ En voie d'acquisition ☐ Non acquis
Autonomie sociale	**Communication :** ☐ Verbale ☐ Non verbale ☐ Mains animées ☐ Pictogrammes ☐ Photos **Comportement :** _____ **Loisirs :** ☐ Vélo ☐ Piscine ☐ Autres : _____

Santé mentale :

☐ Anxiété

☐ Trouble de l'humeur (dépression)

☐ TOC

☐ Usager de substance

☐ Autres : _____

_____

Garderie / Milieu scolaire :

- Milieu : _____
- Année scolaire : _____
- Plan d'intervention : ☐ Oui ☐ Non
- Services offerts : _____

Situation psychosociale et familiale :

☐ Biparentale ☐ Monoparentale ☐ Fratrie (âge(s) : _____)

☐ Famille reconstituée ☐ Garde partagée

- Bien-être familial : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____
- Soutien à la famille : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____
- Aide financière : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____
- Services à domicile/répit : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____
- Autre : _____

Nom : Prénom : #Dossier :

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

SUIVIS – MÉDECINS SPÉCIALISTES

Pédiatrie générale :

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- Problèmes actifs :
- Conclusion :

Cardiologie : ☐ S.O.

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- Échographie/IRM cardiaque : Date : aaaa/mm/jj
- ECG : Date : aaaa/mm/jj
- Conclusion :

Pneumologie : ☐ S.O.

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- CVF :
- DEP :
- MIF/MEF :
- $SatO_2$:
- CO_2 :
- Oxymétrie nocturne/PSG :
- Toux assistée : ☐ Oui ☐ Non
- Ventilation : ☐ Oui ☐ Non
  - *Préciser* :

Neurologie :

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- Problèmes actifs :
- Médication (modification) :
- Investigations :
- Conclusion :

Endocrinologie : ☐ S.O.

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- Investigations :
- Croissance staturo-pondérale :
- Retard pubertaire : ☐ Oui ☐ Non
  - Testostérone : ☐ Oui ☐ Non

SUIVIS – MÉDECINS SPÉCIALISTES (suite)

Santé osseuse : ☐ S.O.

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- DXA (date) : aaaa/mm/jj
- Rx latérale colonne (date) : aaaa/mm/jj
- Dosage 25-OH-D (date) : aaaa/mm/jj
- Supplément vitamine D : ☐ Oui ☐ Non
- Apport suffisant en calcium : ☐ Oui ☐ Non
- Biphosphonate : ☐ Oui ☐ Non

Ophtalmologie : ☐ S.O.

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- Problèmes actifs : _____
- Interventions : _____ Date : aaaa/mm/jj
- Conclusion : _____

ORL : ☐ S.O.

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- Problèmes actifs : _____
- Interventions : _____ Date : aaaa/mm/jj
- Conclusion : _____

Gastro-entérologie : ☐ S.O.

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- Tx RGO : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____
- Tx constipation : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____
- Dysphagie ☐ Oui ☐ Non
  - Investigations : _____
  - Modification diète : _____
  - Gavage : _____

Orthopédie : ☐ S.O.

- Dernier suivi : aaaa/mm/jj
- Scoliose : ☐ Oui ☐ Non
- Angle de Cobb : _____ °
- Orthèses/Attelles : _____
- Chirurgies : _____
- Ambulations : ☐ Oui ☐ Non
  - Aide à la marche : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____
  - Fauteuil roulant : ☐ Oui ☐ Non *Si oui :* ☐ Manuel ☐ Électrique

Imageries orthopédiques et autres : ☐ S.O.

Radiographie :

☐ Bassin : aaaa/mm/jj ☐ Gauche _____ % ☐ Droit _____ %

☐ Rachis scoliotique : aaaa/mm/jj ☐ Normal ☐ Gauche _____ _____° ☐ Droit _____ _____°

☐ Bassin : aaaa/mm/jj *Préciser* : _____

Nom : Prénom : #Dossier :

SERVICES ACTUELS – PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
Ergothérapie : ☐ Oui ☐ Non • Endroit : _____ • Fréquence : _____
Physiothérapie : ☐ Oui ☐ Non • Endroit : _____ • Fréquence : _____
Orthophonie : ☐ Oui ☐ Non • Endroit : _____ • Fréquence : _____
Psychologie / Psychiatrie : ☐ Oui ☐ Non • Endroit : _____ • Fréquence : _____
Orthésiste : ☐ Oui ☐ Non • Endroit : _____ • Fréquence : _____
Nutrition : ☐ Oui ☐ Non • Endroit : _____ • Fréquence : _____
Travailleur social : ☐ Oui ☐ Non • Endroit : _____ • Fréquence : _____ • Services obtenus/en attente : _____ • Financement obtenu/en attente : _____
Transition : ☐ Oui ☐ Non • Médecin de famille : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____ • Spécialistes médecine adulte : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____ • Planification éducation/vocation : ☐ Oui ☐ Non *Préciser* : _____
Autres : *Préciser* : _____

OBSERVATIONS	
Équipements	☐ Fauteuil roulant ☐ Base roulante ☐ Poussette : _____ ☐ Planche à station debout ☐ Marchette : _____ ☐ Orthèses tibiales (jour fixes / jour articulées / nuit) ☐ Orthèses tibiales courtes ☐ Plantaires ☐ Corset : _____ ☐ Autres : _____
Posture / Positionnement	☐ Aucune déformation dos ☐ Scoliose : Convexité ☐ Gauche _____ ☐ Droite _____ ☐ Aucune déformation hanches ☐ Subluxation hanches ☐ Longueur des membres inférieurs : Gauche : _____ cm Droit : _____ cm

OBSERVATIONS (suite)			
Mobilité	Abduction hanches	Gauche : _____ °	Droit : _____ °
	Extension genoux	Gauche : _____ °	Droit : _____ °
	Angle poplité	Gauche : _____ °	Droit : _____ °
	Extension coudes	Gauche : _____ °	Droit : _____ °
	Flexion dorsale	Gauche : _____ °	Droit : _____ °
	Abduction / flexion épaules	Gauche : _____ °	Droit : _____ °
Autres observations	_____		
	_____		

EXAMEN PHYSIQUE			
Paramètres de croissance :	Taille :	_____ cm	Percentile : _____
	Poids :	_____ kg	Percentile : _____
	IMC :	_____	Percentile : _____
	Périmètre crânien :	_____ cm	Percentile : _____
Signes vitaux :	Fréquence cardiaque :	_____ /min	

Collaboration : _____

État général : _____

Examens	Normal	Anormal (*préciser*)
Peau – téguments (Stigmates neurocutanés)	☐	
Tête – dysmorphie	☐	
Yeux	☐	
Oreilles – tympans	☐	
Nez – bouche	☐	
Oropharynx	☐	
Dents	☐	
Cou – thyroïde	☐	
Adénopathies	☐	
Thorax : cœur – poumon	☐	
Pouls périphériques	☐	
Abdomen : foie – rate	☐	
Anus – région présacrée	☐	
Colonne - membres	☐	
Organes génitaux	☐	

Nom : Prénom : #Dossier :

EXAMEN NEUROLOGIQUE		
Examens	**Normal**	**Anormal (*préciser*)**
Yeux – PERLA - Fundi	☐	
Paires crâniennes	☐	
Tonus (axial/périphérique)	☐	
Réflexes (ROT) – clonus	☐	
Cutanés plantaires	☐	
Hyperlaxité	☐	
Épreuves cérébelleuses	☐	
Démarche (libre et tandem)	☐	
Manœuvre de Gowers	☐	

CONCLUSION

Diagnostic principal : _____

Conditions associées : _____

Problèmes actifs : _____

PLAN DE PRISE EN CHARGE

Médication : _____

Services : _____

Prescriptions physiatrie :

☐ Fauteuil roulant ☐ Base roulante ☐ Poussette : _____

☐ Planche à station debout ☐ Marchette : _____

☐ Orthèses tibiales (jour fixes / jour articulées / nuit) ☐ Orthèses tibiales courtes ☐ Plantaires : _____

☐ Programme d'exercices : _____

☐ Autre : _____

Modifications d'équipements :

☐ Positionnement : _____

☐ Orthèses : _____

Requis pour le prochain rendez-vous :

Radiographies : ☐ Bassin antéro-postérieur ☐ Série scoliotique

☐ Rapports médicaux : _____

Nom : Prénom : #Dossier :

PLAN DE PRISE EN CHARGE (suite)

Suivis médecins spécialistes :

- Cardiologie : _____
- Pneumologie : _____
- Endocrinologie : _____
- Santé osseuse : _____
- Gastro-entérologie : _____
- Orthopédie : _____
- Neurologie : _____

Références requises :

☐ Orthopédie : _____

☐ Pédiatrie : _____

☐ Clinique de spasticité : _____

☐ Autres : _____

Financement / Soutien à la famille :

- Formulaires à compléter : _____
- Services à domicile/répit : _____

Prise en charge problèmes actifs :

_____

_____

Prochain suivi :

☐ 3 mois ☐ 3 – 6 mois ☐ 6 mois

☐ 6 – 8 mois ☐ 8 mois ☐ 12 mois

☐ Présentiel ☐ Téléréadaptation ☐ Pédiatre, Dr _____

Signature du médecin	Spécialité	# permis	aaaa/mm/jj Date

Signature du médecin	Spécialité	# permis	aaaa/mm/jj Date