

# GUIDE MEMO DES INFORMATIONS SUR L'ENFANT A RECHERCHER

## DANS LE PAYS D'ORIGINE LORS DU SEJOUR SUR PLACE

Identité et fonction de l'interlocuteur :

Date :

### IDENTITE ET STATUT JURIDIQUE DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :
Date de naissance :
Sexe :
Lieu de naissance :
Nationalité :
Religion éventuelle :
Nom de l'institution actuelle : Placé depuis :
Depuis quelle(s) date(s) l'enfant a-t-il été recueilli ?  <input type="checkbox"/> Par sa famille élargie <input type="checkbox"/> Par une assistante maternelle/famille d'accueil  <input type="checkbox"/> Par une institution sociale <input type="checkbox"/> Par une institution hospitalière (durées de séjour ?)
Motif de l'adoptabilité : <input type="checkbox"/> Orphelin <input type="checkbox"/> Abandonné <input type="checkbox"/> Retiré à l'autorité parentale <input type="checkbox"/> Consentement des parents à l'adoption Raison probable du consentement à l'adoption :

### PERIODE PERINATALE

Age de la mère à la naissance de l'enfant :	Nombre d'enfants :
Age du père à la naissance de l'enfant :	
<b>La grossesse s'est-elle déroulée normalement ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
<b>État de santé de la mère pendant la grossesse :</b> <input type="checkbox"/> Alcoolisme <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Toxicomanie <input type="checkbox"/> Maladie mentale	
<b>Résultats connus de sérologies de la mère :</b> <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Toxoplasmose	
Consanguinité parentale ?	
L'enfant est-il né à terme (entre 38 et 41 semaines d'absence de règles) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si non, prématurité de _____ semaines (<37 semaines à compter du 1 <sup>er</sup> jour des dernières règles)	
<b>L'accouchement s'est-il déroulé normalement ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Césarienne ? L'enfant a-t-il présenté des signes de souffrance fœtale ?                      APGAR = Signes d'infection (fièvre maternelle) ? L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés (intubation trachéale) ?	

## DEVELOPPEMENT PHYSIQUE DE L'ENFANT

	<b>Naissance</b>	<b>6 mois</b>	<b>12 mois</b>	<b>18 mois</b>	<b>24 mois</b>	<b>Actuellement</b>
<b>Poids (kg)</b>						
<b>Taille (cm)</b>						
<b>Périmètre crânien (cm)</b>						

## DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT ET COMPORTEMENT

### Visuel

- A quel âge l'enfant a-t-il été capable de suivre des yeux un visage ou un objet (moy 1-2 mois) ?
- A quel âge a-t-il commencé à sourire en réponse à un sourire ou une autre sollicitation (2-3 mois) ?

### Auditif

- A quel âge a-t-il été capable de réagir ou tourner la tête à l'entente d'un son (1 mois) ?

### Motricité

- A quel âge a-t-il tenu sa tête (3 mois) ?
- A quel âge a-t-il su prendre un objet et le passer d'une main à l'autre (7 mois) ?
- A quel âge a-t-il tenu assis sans aide (7-9 mois) ?
- De saisir un objet avec la participation du pouce (vers 9 mois) ?
- Age du pointage du doigt, jeu du « coucou, le voilà » et autres gestes sociaux (avant 12 mois) ?
- De se déplacer (9 mois) ? Motricité symétrique des 4 membres ?
- De se tenir debout avec appui (8-10 mois) ?
- De marcher sans appui (11-18 mois) ?

### Langage

- A quel âge a-t-il commencé à babiller, à rire aux éclats (autour du 4<sup>ème</sup> mois) ?
- A répéter des syllabes baba, tata, papa (autour du 9<sup>ème</sup> mois) ?
- A réagir à son prénom (9<sup>ème</sup> mois) ?
- A prononcer ses premiers mots (autour de 18 mois) ?
- A associer des mots simples, comprendre une consigne simple, nommer une image (autour de 24 mois) ?
- A quel âge a-t-il su faire des phrases courtes (autour de 3 ans) ?

### Comportement et apprentissages

- A quel âge l'enfant a-t-il acquis la propreté de jour (apprentissage progressif au cours de la 2<sup>ème</sup> année : 22-30 mois), de nuit (autour de 3 ans en moyenne) ?
- A quel âge l'enfant a-t-il su dessiner :
  - un rond (3 ans)
  - un carré (4 ans)
  - un triangle (5 ans)

- un losange (7 ans)
- Est-il compréhensible dans la langue de son pays d'origine (langage intelligible acquis avant 4 ans)?
  - Manifeste-t-il des émotions (colère, déception, joie...) Adaptées aux situations auxquelles il est confronté ?
  - S'intéresse-t-il à ce qui l'entoure ou, au contraire, reste-t-il indifférent, passif ?
  - Peut-on capter son attention de façon durable ou existe-t-il une hyperactivité ?
  - Communique-t-il avec les adultes et les autres enfants (contact social, échanges verbaux, rires) ?
  - L'enfant s'est-il bien adapté à sa structure d'accueil ?

## ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

<p>L'enfant a-t-il été <b>malade</b> par le passé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>Si oui, veuillez indiquer l'âge de l'enfant pour chaque maladie et faire mention d'éventuelles complications :</p> <p>Maladies infantiles ordinaires (coqueluche, rougeole, varicelle, rubéole, oreillons) ?</p> <p>Tuberculose ?</p> <p>Convulsions (y compris convulsions fébriles) ?</p> <p>Autre maladie ?</p> <p>Maladie contagieuse ?</p>
<p>A-t-il été <b>mal nourri</b> au cours de sa première année de vie ?</p>
<p>A-t-il été <b>maltraité</b> physiquement ? psychologiquement ?</p>
<p>L'enfant a-t-il déjà été <b>opéré</b> ?</p> <p>Si oui, indiquer l'hôpital, l'âge de l'enfant et le diagnostic :</p>

## EXAMEN MEDICAL DE L'ENFANT

<b><u>Date de l'examen médical</u></b> :			
<b>Tension artérielle</b> :			
<b>Dépistages sensoriels</b> :			
ACUITE VISUELLE :	œil droit	œil gauche	DATE
ACUITE AUDITIVE :	oreille droite	œil gauche	DATE

## DATES ET RESULTATS DES DEPISTAGES

TUBERCULOSE : résultats du test de dépistage fait le (date) :		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
SYPHILIS : résultats du test de dépistage fait le (date) :		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
HEPATITE B :		
<u>Résultats des tests Ag HBs faits le (date) :</u>		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif (actualité de l'infection)	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
<u>Résultats des tests Ac anti-HBs faits le (date) :</u>		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif (guérison)	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
<u>Résultats des tests Ag HBe faits le (date) :</u>		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif (multiplication virale et contagiosité)	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
<u>Résultats des tests Ac anti-HBe faits le (date) :</u>		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif (guérison)	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
HEPATITE C : résultats des tests faits le (date) :		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
VIH / SIDA : résultats des tests VIH faits le (date) :		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
PHENYLACETONURIE: résultats du test de Guthrie fait le (date) :		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
HYPOTHYROIDIE: résultats du test fait le (date) :		
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Pas de test fait
<b><u>Description du développement psychomoteur, du comportement et des capacités actuels de l'enfant</u></b> (cette description est particulièrement importante pour conseiller les futurs parents)		

## HANDICAPS ET MALFORMATIONS

<b>Retard d'acquisition :</b>			
<b>Déficiência intellectuelle :</b>	<input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> grave
<b>Troubles psychiques (nature ?) :</b>			
<b>Handicaps sensoriels (visuel, auditif ?) :</b>			
<b>Handicap moteur :</b>	<input type="checkbox"/> léger	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> grave
<b>Maladie chronique (nature ?) :</b>			
<b>Malformations (nature ?) :</b>			
<b>Maladie évolutive :</b>			

## AUTRES INFORMATIONS UTILES A L'INTEGRATION DE L'ENFANT DANS SA NOUVELLE FAMILLE

<b>Habitudes particulières de l'enfant (rythme de vie, alimentation, jeux, sommeil...)</b>
<b>L'enfant a-t-il été préparé à son adoption ?</b>
<b>L'enfant a-t-il un avis concernant son adoption ?</b>
<b>EN CONCLUSION :</b>

**Date :**

**Signature et cachet du médecin qui a examiné l'enfant :**