

Le suivi de.....  
.....  
Né le ...../...../.....  
Terme .....

TAMPON MEDECIN  
PEDIATRE OU  
MEDECIN TRAITANT

TAMPON MEDECIN  
PILOTE










TAMPON MEDECIN  
DE PMI

TAMPON  
PUERICULTRICE  
DE PMI

EXAMENS DE SUIVI PREMATURITE  
RESEAU NEF

CONSULTATION	DATE	HEURE
4 mois AC*		
	BILAN ORL	
9 mois AC*		
12 mois AC*		
	OPHTALMOLOGIE	
18 mois AC*		
	ORTHOPTIE	
24 mois AC		
3 ans		
	OPHTALMOLOGIE	
	ORTHOPTIE	
4 ans		
5 ans		
	OPHTALMOLOGIE	
	ORTHOPTIE	
6 ans		
7 ans		

EXAMENS DE SUIVI MEDICAL HABITUELS DES ENFANTS

CODE	AGE	DATE	HEURE	MEDECIN
COE	8ème jour	Réalisé à la maternité		
COD	15 jours	..../..../....	.....H.....	
COD	1 mois	..../..../....	.....H.....	
COD	2 mois 	..../..../....	.....H.....	
COD	3 mois	..../..../....		
COD	4 mois 	..../..../....	.....H.....	
COD	5 mois 	..../..../....	.....H.....	
COD	6 mois	..../..../....	.....H.....	
COE	9 mois	..../..../....	.....H.....	
COD	12 mois 	..../..../....	.....H.....	
COD	13 mois 	..../..../....	.....H.....	
COD	16-18 mois 	..../..../....	.....H.....	
COE	24 mois	..../..../....	.....H.....	
COB	3ème année	..../..../....	.....H.....	
COB	4ème année	..../..../....	.....H.....	
COB	5ème année	..../..../....	.....H.....	
COB	6 ans 	..../..../....	.....H.....	
COB	8ème année	..../..../....	.....H.....	
COB	11-13 ans 	..../..../....	.....H.....	
COB	15-16 ans 	..../..../....	.....H.....	



AC = Age corrigé  
Un bébé prématuré est en décalage dans ses acquisitions. C’est pourquoi la notion d’âge corrigé est importante. C’est l’âge qu’aurait votre enfant si il était né à terme. Il se calcule jusqu’aux 2 ans de l’enfant. Vous pouvez calculer l’âge corrigé de votre enfant via le QR code suivant



TAMPON  
KINESITHERAPEUTE

Date de début de prise en charge ...../...../.....  
Fréquence des RDV .....  
Date de fin de prise en charge ...../...../.....

TAMPON  
PSYCHOMOTRICIEN

Date de début de prise en charge ...../...../.....  
Fréquence des RDV .....  
Date de fin de prise en charge ...../...../.....

TAMPON  
ORTHOPHONISTE

Date de début de prise en charge ...../...../.....  
Fréquence des RDV .....  
Date de fin de prise en charge ...../...../.....

TAMPON  
ORTHOPTISTE

Date de début de prise en charge ...../...../.....  
Fréquence des RDV .....  
Date de fin de prise en charge ...../...../.....

AUTRE PROFESSIONNEL

Date de début de prise en charge ...../...../.....  
Fréquence des RDV .....  
Date de fin de prise en charge ...../...../.....

AUTRE PROFESSIONNEL

Date de début de prise en charge ...../...../.....  
Fréquence des RDV .....  
Date de fin de prise en charge ...../...../.....