

Grille d'Observation Neurologique du Hand Flapping

Suivi sur 7 jours · A apporter a votre pediatre ou neuropediatre · leobelo.fr

Pourquoi remplir cette grille ?

Les pediatres demandent des observations factuelles avant tout diagnostic. Cette grille documente chaque episode de hand flapping : heure, duree, declencheur, redirection.

7 jours de donnees = une consultation transformee.

Instructions

- 1 Note chaque episode des qu'il survient
- 2 Coche le declencheur le plus proche
- 3 Observe si l'enfant peut etre redirige
- 4 Apporte la grille remplie en consultation

TABLEAU DE SUIVI

Semaine du ____ / ____ au ____ / ____

JOUR	HEURE	DUREE	DECLENCHEUR OBSERVE	REDIRIGE ?	INTENSITE	NOTES LIBRES
Lundi	__h__	__ min	<input type="checkbox"/> Excitation positive <input type="checkbox"/> Surcharge auditive <input type="checkbox"/> Frustration / attente <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Mardi	__h__	__ min	<input type="checkbox"/> Excitation positive <input type="checkbox"/> Surcharge auditive <input type="checkbox"/> Frustration / attente <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Mercredi	__h__	__ min	<input type="checkbox"/> Excitation positive <input type="checkbox"/> Surcharge auditive <input type="checkbox"/> Frustration / attente <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Jeudi	__h__	__ min	<input type="checkbox"/> Excitation positive <input type="checkbox"/> Surcharge auditive <input type="checkbox"/> Frustration / attente <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Vendredi	__h__	__ min	<input type="checkbox"/> Excitation positive <input type="checkbox"/> Surcharge auditive <input type="checkbox"/> Frustration / attente <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Samedi	__h__	__ min	<input type="checkbox"/> Excitation positive <input type="checkbox"/> Surcharge auditive <input type="checkbox"/> Frustration / attente <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Dimanche	__h__	__ min	<input type="checkbox"/> Excitation positive <input type="checkbox"/> Surcharge auditive <input type="checkbox"/> Frustration / attente <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Episode sup.	__h__	__ min	<input type="checkbox"/> Excitation positive <input type="checkbox"/> Surcharge auditive <input type="checkbox"/> Frustration / attente <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

* Intensite : 1 = tres bref, discret | 3 = modere | 5 = intense, prolonge, difficile a interrompre

SYNTHESE HEBDOMADAIRE

A completer avant la consultation

Nombre total d'episodes sur 7 jours _____

Declencheur le plus frequent _____

Moment de la journee le plus touche _____

Duree moyenne d'un episode _____

Contexte particulier note _____

L'enfant peut-il etre redirige ?

Souvent Parfois Rarement Jamais

GUIDE CLINIQUE : Excitation normale ou Stimming (autostimulation) ?

Excitation TYPIQUE

- Apparaît lors d'un événement positif (cadeau, jeu, retrouvailles)
- Cesse spontanément après quelques secondes
- L'enfant maintient le contact visuel
- Peut être distrait par une autre activité
- Fréquent avant 18-24 mois,
- disparaît progressivement

STIMMING a surveiller

- Survient aussi lors de stress ou surcharge sensorielle, frustration, ennui
- Peut durer plusieurs minutes
Difficile à interrompre
- L'enfant semble absent pendant l'épisode
- Persiste après 24-30 mois, quotidien
Associe : retard langage, repli social

E

Conseil de l'ergothérapeute

Si le stimming est présent, l'objectif n'est pas de supprimer le geste mais de proposer un **SUBSTITUT PROPRIOCEPTIF** : balle à picots, objet texture, anneau de mastication.

Ergothérapeute D.E. | Intégration sensorielle | Pédiatrie 0-6 ans | Discrete.
Retrouvez notre sélection de jouets sensoriels sur leobelo.fr

PDF

Cette grille est disponible en PDF imprimable gratuit sur leobelo.fr

Téléchargez-la, imprimez-la, apportez-la remplie à votre prochaine consultation.

leobelo.fr/hand-flapping-guide/

Document à usage parental uniquement. Non médical. Ne remplace pas un avis professionnel. En cas de doute, consultez votre pédiatre ou un neuropédiatre.