

Suivi de l'enfant de 12 mois

Date de naissance : _____ Nom : _____

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Informations sur la famille

Votre enfant est-il en milieu de garde? Si oui, quel type de milieu?

Comment va votre moral? Vous sentez-vous déprimé(e)?

Y a-t-il eu des changements récents dans la famille?

Situations stressantes actuelles (logement, insécurité alimentaire, séparation, décès, abus de substance, autres) :

Avez-vous un voyage de prévu dans les prochains mois?

Information sur l'alimentation

Allaitement ☐ Oui ☐ Non

Nombre de boires / jour :

Lait 3,25 % offert ☐ Oui ☐ Non

Quantité par jour :

Donnez-vous de la vitamine D? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant boit dans un verre ou un gobelet ☐ Oui ☐ Non

L'enfant boit au biberon ☐ Oui ☐ Non

Eau offerte ☐ Oui ☐ Non

Jus offert ☐ Oui ☐ Non

Quels types d'aliments votre enfant mange-t-il?

Viandes / substituts

Légumes et fruits

Céréales

Produits laitiers (yogourt, fromage)

Textures variées offertes ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mange des aliments de la famille ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mange seul avec ses doigts ou ustensiles ☐ Oui ☐ Non

Réactions alimentaires préoccupantes ☐ Oui ☐ Non

Donnez-vous des produits naturels à votre enfant? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous végétarien? ☐ Oui ☐ Non

Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil la nuit : _____

Nombre de siestes par jour : _____

L'enfant s'endort-il seul le soir? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant se rendort-il seul la nuit? ☐ Oui ☐ Non

Informations sur le développement (12 mois)

Est-ce que votre enfant est exposé aux écrans?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant explore activement son environnement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant renverse un contenant pour en sortir des objets?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant cherche des jouets cachés (sous une couverture, sous un meuble)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant explore les objets et l'effet qu'il produit par son action (secoue, lance, laisse tomber, cogne ensemble)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant imite des gestions et des actions simples (bye bye, bravo)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant passe de la position couchée à la position assise sans aide?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant de tient debout avec le soutien d'un adulte ou en prenant appui?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant marche en tenant la main de l'adulte ou en se tenant aux meubles?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant ramasse de petits objets avec le pouce et l'index?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant peut déposer un objet sur une surface sans l'échapper?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Est-ce que votre enfant tient son gobelet ou verre à bec avec ses 2 mains?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant comprend des mots dans des contextes précis (exemple : si l'adulte dit ou est maman? L'enfant regarde sa mère)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant fait savoir ce qu'il veut avec des gestes ou une combinaison de gestes et sons (pointe, tend la main)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant répète des séries de sons syllabiques (babillage) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant imite les mimiques, les intonations et les sons?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant s'intéresse aux autres enfants, les observe, sourit ou rit en les regardant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant recherche le réconfort d'un adulte significatif?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant partage son intérêt avec l'adulte significatif (tend les bras pour se faire prendre quand ça ne va pas)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant partage son intérêt avec l'adulte en pointant du doigt, en regardant l'Adulte pour avoir son attention?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant initie des jeux de coucou ou cache-cache?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant bouge peu ou pas un côté de son corps par rapport à l'autre?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant ne se déplace par aucun moyen (pas de 4 pattes, ne rampe pas)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant ne réagit pas à l'appel de son prénom (ne se retourne pas)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant ne semble pas bien entendre?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant ne semble pas bien voir?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant perd une habileté qu'il avait déjà acquise ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Commentaires / Précisions
