

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

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 Qui 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

Oui Non

Réactions alimentaires préoccupantes

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 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
