

Suivi de l'enfant de 4 ans

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? Ou Prématernelle?

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

L'enfant boit-il du lait de vache ou équivalent? Oui Non

Quantité

Eau offerte Oui Non

Jus offert Oui Non

Votre enfant prend-t-il de la vitamine D? Oui Non

L'enfant mange les aliments de la famille? Oui Non

L'enfant mange seul avec des ustensiles Oui Non

Sélectivité ou difficultés alimentaires Oui Non

Quelle est la durée du repas?

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 et durée : _____

Difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes Oui Non

Informations sur le développement

Votre enfant est-il exposé aux écrans? Oui Non

Nombre de minutes par jour?

Est-ce que votre enfant copie un cercle et une croix sans démonstration? Oui Non

- Est-ce que votre enfant dessine un bonhomme avec au moins 4 parties du corps? Oui Non
- Est-ce que votre enfant connaît la différence entre un garçon et une fille? Oui Non
- Est-ce que votre enfant nomme au moins 4 couleurs? Oui Non
- Est-ce que votre enfant compte au moins 4 objets? Oui Non
- Est-ce que votre enfant comprend certains concepts opposés (long/court, près/loin, dedans/dehors)? Oui Non
- Est-ce que votre enfant joue à faire semblant avec plusieurs rôles? Oui Non
- Est-ce que votre enfant se tient debout sur un pied au moins 4 secondes sans appui? Oui Non
- Est-ce que votre enfant attrape une balle qu'on lui lance? Oui Non
- Est-ce que votre enfant stabilise son papier lorsqu'il dessine? Oui Non
- Est-ce que votre enfant utilise une main de façon préférentielle? Oui Non
- Est-ce que votre enfant mange son repas proprement avec des ustensiles? Oui Non
- Est-ce que votre enfant s'habille ou se déshabille partiellement sans aide? Oui Non
- Est-ce que votre enfant comprend des consignes verbales complexes? Oui Non
- Est-ce que votre enfant pose et répond à différents types de questions? Oui Non
- Est-ce que votre enfant utilise des verbes conjugués variés? Oui Non
- Est-ce que votre enfant utilise adéquatement les pronoms? Oui Non
- Est-ce que votre enfant raconte une courte histoire en 2 à 3 phrases? Oui Non
- Est-ce que votre enfant parle assez clairement pour être compris la plupart du temps? Oui Non
- Est-ce que votre enfant joue avec les autres enfants dans un but commun? Oui Non

- Est-ce que votre enfant accepte de mettre fin à une activité sur demande? Oui Non
- Est-ce que votre enfant peut attendre son tour lors d'un jeu de groupe? Oui Non
- Est-ce que votre enfant essaie de réconforter un autre enfant? Oui Non
- Est-ce que votre enfant exprime ses émotions avec des mots? Oui Non
- Est-ce que votre enfant bouge peu ou pas un côté du corps par rapport à l'autre? Oui Non
- Est-ce que votre enfant a des difficultés à marcher ou dans les escaliers? Oui Non
- Est-ce que votre enfant ne regarde pas la personne lorsqu'on lui parle? Oui Non
- Est-ce que votre enfant semble ne pas bien entendre ou ne pas bien voir? Oui Non
- Est-ce que votre enfant a perdu des habiletés qu'il avait acquises? Oui Non

Commentaires / Précisions:
