

Suivi de l'adolescent de 12 à 18 ans

Date de naissance : _____

Nom : _____ Âge : _____

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Milieu familial et contexte de vie

Avec qui vis-tu actuellement (parents, garde partagée, autre)?

Y a-t-il eu des changements récents dans ta famille ou ton milieu de vie?

Situations stressantes actuelles (famille, école, finances, relations, autres) :

As-tu une personne de confiance avec qui tu peux parler? Oui Non

École, études et projets

Niveau scolaire et type d'école : _____

Comment se déroulent les études en général? Très bien Bien Difficile

Difficultés scolaires actuelles (concentration, motivation, apprentissages)?

Oui Non

Lesquels : _____

Projets ou intérêts particuliers (sports, arts, travail, autres) :

Commentaires / Précisions : _____

Habitudes de vie et alimentation

Prends-tu des repas réguliers? Oui Non

Alimentation variée et suffisante selon toi? Oui Non

Consommation de boissons sucrées ou énergisantes Oui Non

Suppléments, produits naturels ou diètes particulières Oui Non

Lesquels : _____

Commentaires / Précisions : _____

Sommeil

Heures moyennes de sommeil par nuit : _____

Heure habituelle du coucher (semaine) et du lever : _____

Difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes Oui Non

Fatigue diurne Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Activité physique et écrans

Activité physique régulière Oui Non

Type : _____

Temps d'écran par jour (en moyenne) : _____

Utilisation des écrans avant le coucher Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Bien-être, santé mentale et relations

Humeur généralement bonne Oui Non

Anxiété, stress important ou crises de panique Oui Non

Perte d'intérêt ou de plaisir Oui Non

Relations avec les amis satisfaisantes Oui Non

Conflits fréquents (famille, pairs) Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Consommation et comportements à risque

Consommation de tabac, vapotage, alcool ou drogues Oui Non

Si oui, lesquels : Oui Non

Conduites à risque (conduite dangereuse, défis en ligne, automutilation) Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Santé générale et sécurité

Maladies ou hospitalisations depuis la dernière visite? Oui Non

Médication régulière Oui Non

Laquelle : _____

Vision et audition adéquates selon toi Oui Non

Vaccins à jour selon ton carnet Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Autres Commentaires / Précisions :
