

## Suivi de l'enfant de 12 mois

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

### Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

---

---

---

---

### Informations sur la famille

Votre bébé est-il en milieu de garde?  Oui  Non

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

Au biberon  Oui  Non

Eau offerte  Oui  Non

Jus offert  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

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

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

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

Êtes-vous végétarien?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

### 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

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

### Informations sur le développement (12 mois)

Est-ce que votre enfant est exposé aux écrans?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant explore activement son environnement ?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant renverse un contenant pour en sortir des objets?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant cherche des jouets cachés (sous une couverture, sous un meuble)?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant explore les objets et l'effet qu'il produit par son action (secoue, lance, laisse tomber, cogne ensemble)?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant imite des gestions et des actions simples (bye bye, bravo)?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant passe de la position couchée à la position assise sans aide?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant de tient debout avec le soutien d'un adulte ou en prenant appui?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant marche en tenant la main de l'adulte ou en se tenant aux meubles?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant ramasse de petits objets avec le pouce et l'index?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant peut déposer un objet sur une surface sans l'échapper?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant tient son gobelet ou verre à bec avec ses 2 mains?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

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)?  Oui  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)?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant répète des séries de sons syllabiques (babillage) ?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant imite les mimiques, les intonations et les sons?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant s'intéresse aux autres enfants, les observe, sourit ou rit en les regardant ?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant recherche le réconfort d'un adulte significatif?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant partage son intérêt avec l'adulte significatif (tend les bras pour se faire prendre quand ça ne va pas)?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant partage son intérêt avec l'adulte en pointant du doigt, en regardant l'Adulte pour avoir son attention?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant initie des jeux de coucou ou cache-cache?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant bouge peu ou pas un côté de son corps par rapport à l'autre?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant ne se déplace par aucun moyen (pas de 4 pattes, ne rampe pas)?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant ne réagit pas à l'appel de son prénom (ne se retourne pas)?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant ne semble pas bien entendre?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant ne semble pas bien voir?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant perd une habileté qu'il avait déjà acquise ?  Oui  Non

Commentaires / Précisions : \_\_\_\_\_

### **Autres Commentaires / Précisions**

---

---

---