

## Suivi de l'enfant de 5 à 12 ans

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

### Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

---

---

---

---

### Informations sur la famille et le milieu de vie

Avec qui vit l'enfant (parents, fratrie, garde partagée, autre)?

---

Y a-t-il eu des changements récents dans la famille (séparation, déménagement, deuil, autre)?

---

Situations stressantes actuelles (logement, finances, maladie, autres) :

---

Comment va le climat familial en général?

---

### École et fonctionnement scolaire

Niveau scolaire et type d'école (publique, privée, autre) : \_\_\_\_\_

Comment se déroule l'école en général? ☐ Très bien ☐ Bien ☐ Difficile

Difficultés rapportées par l'école (attention, comportement, apprentissages)? ☐ Oui ☐ Non

\_\_\_\_\_

Plan d'intervention ou services en place? ☐ Oui ☐ Non Lesquels : \_\_\_\_\_

### Habitudes de vie et alimentation

L'enfant mange-t-il des repas variés et équilibrés? ☐ Oui ☐ Non

Sélectivité alimentaire ou préoccupations nutritionnelles? ☐ Oui ☐ Non

Boit principalement de l'eau ☐ Oui ☐ Non Jus / boissons sucrées ☐ Oui ☐ Non

Durée moyenne des repas : \_\_\_\_\_

Suppléments ou produits naturels ☐ Oui ☐ Non Lesquels : \_\_\_\_\_

### Sommeil

Heures moyennes de sommeil par nuit : \_\_\_\_\_

Heure habituelle du coucher et lever: \_\_\_\_\_

Difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes ☐ Oui ☐ Non

Somnolence diurne ☐ Oui ☐ Non

### Activité physique et écrans

Activité physique régulière (jeux actifs, sports) ☐ Oui ☐ Non

Nombre approximatif d'heures d'activité physique par jour : \_\_\_\_\_

Temps d'écran par jour (en moyenne) : \_\_\_\_\_

Règles familiales concernant les écrans ☐ Oui ☐ Non

## Développement et bien-être (5–12 ans)

L'enfant est-il autonome pour les soins personnels (habillage, hygiène)? ☐ Oui ☐ Non

Relations avec les pairs satisfaisantes ☐ Oui ☐ Non

Capacité à exprimer ses émotions avec des mots ☐ Oui ☐ Non

Gestion des frustrations adéquate pour l'âge ☐ Oui ☐ Non

Estime de soi adéquate selon le parent ☐ Oui ☐ Non

Préoccupations concernant l'anxiété, l'humeur ou le comportement? ☐ Oui ☐ Non

---

## Santé générale et sécurité

Maladies ou hospitalisations depuis la dernière visite? ☐ Oui ☐ Non

Médication régulière ☐ Oui ☐ Non Laquelle : \_\_\_\_\_

Vision et audition déjà évaluées ☐ Oui ☐ Non

Consignes de sécurité respectées (casque, siège d'auto, ceinture)? ☐ Oui ☐ Non

## Commentaires / Précisions:

---

---

---

---

---

---