

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:
