

## Suivi de l'enfant de 9 mois

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

### Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

---

---

---

---

### Informations sur la famille

Votre bébé est-il en milieu de garde? 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?

---

Adultes impliqués auprès de l'enfant (maman, papa, 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 : \_\_\_\_\_

Biberon : Formule utilisée : \_\_\_\_\_

Quantité et fréquence (ml, nombre de boires) : \_\_\_\_\_

Vitamine D donnée tous les jours? ☐ Oui ☐ Non

Donnez-vous du lait 3,25 % ou équivalent à votre enfant? ☐ Oui ☐ Non

Quantité \_\_\_\_\_

Donnez-vous de l'eau à votre enfant ? ☐ Oui ☐ Non

Donnez-vous du jus à votre enfant? ☐ Oui ☐ Non

Quels types d'aliments votre enfant mange-t-il?

Viandes \_\_\_\_\_

Légumes et fruits \_\_\_\_\_

Céréales \_\_\_\_\_

Yogourts et fromage \_\_\_\_\_

Textures variées offertes (morceaux mous)? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mange des aliments de la famille? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mange seul avec ses doigts? ☐ Oui ☐ Non

Réactions alimentaires préoccupantes? ☐ Oui ☐ Non

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

Êtes-vous végétarien ? ☐ Oui ☐ Non

## Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil / 24 h :

---

Plus longue période de sommeil continu :

---

Nombre de siestes par jour :

---

L'enfant se rendort-il seul la nuit?

☐ Oui ☐ Non

## Informations sur le développement (9 mois)

Est-ce que votre enfant est exposé aux écrans?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé explore activement son environnement?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé pleure quand ses parents sont hors de vue?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé tend les bras pour se faire prendre ?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé touche les visages de ses parents ?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé s'assoit sans appui?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé se tourne du ventre au dos et du dos au ventre?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé se met debout avec appui?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé ramasse des objets avec toute sa main?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé imite des gestes (au revoir, bravo)?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé cherche un objet caché?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé se retourne à l'appel de son nom?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre bébé produit des sons variés (PAPAPA, MAMAMA)?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires / Précisions :

---

---

---

---

---

---

---

---