

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 :