

## Suivi de l'adolescent de 12 à 18 ans

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

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

### Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

---

---

---

---

### Milieu familial et contexte de vie

Avec qui vis-tu actuellement (parents, garde partagée, autre)?

---

Y a-t-il eu des changements récents dans ta famille ou ton milieu de vie?

---

Situations stressantes actuelles (famille, école, finances, relations, autres) :

---

As-tu une personne de confiance avec qui tu peux parler? ☐ Oui ☐ Non

### École, études et projets

Niveau scolaire et type d'école : \_\_\_\_\_

Comment se déroulent les études en général? ☐ Très bien ☐ Bien ☐ Difficile

Difficultés scolaires actuelles (concentration, motivation, apprentissages)? ☐ Oui ☐ Non

---

Projets ou intérêts particuliers (sports, arts, travail, autres) :

---

### Habitudes de vie et alimentation

Prends-tu des repas réguliers? ☐ Oui ☐ Non

Alimentation variée et suffisante selon toi? ☐ Oui ☐ Non

Consommation de boissons sucrées ou énergisantes ☐ Oui ☐ Non

Suppléments, produits naturels ou diètes particulières ☐ Oui ☐ Non

Lesquels : \_\_\_\_\_

### Sommeil

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

Heure habituelle du coucher (semaine) et du lever : \_\_\_\_\_

Difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes ☐ Oui ☐ Non

Fatigue diurne ☐ Oui ☐ Non

### Activité physique et écrans

Activité physique régulière ☐ Oui ☐ Non Type : \_\_\_\_\_

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

Utilisation des écrans avant le coucher ☐ Oui ☐ Non

## Bien-être, santé mentale et relations

Humeur généralement bonne ☐ Oui ☐ Non

Anxiété, stress important ou crises de panique ☐ Oui ☐ Non

Perte d'intérêt ou de plaisir ☐ Oui ☐ Non

Relations avec les amis satisfaisantes ☐ Oui ☐ Non

Conflits fréquents (famille, pairs) ☐ Oui ☐ Non

## Consommation et comportements à risque

Consommation de tabac, vapotage, alcool ou drogues ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Conduites à risque (conduite dangereuse, défis en ligne, automutilation) ☐ Oui ☐ Non

## Santé générale et sécurité

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

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

Vision et audition adéquates selon toi ☐ Oui ☐ Non

Vaccins à jour selon ton carnet ☐ Oui ☐ Non

## Commentaires / Précisions :

---

---

---

---