

Suivi de l'enfant de moins d'une semaine

Date de naissance : _____ Nom : _____

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Informations sur la famille

Comment va votre moral? Vous sentez-vous déprimé(e)?

Adultes impliqués auprès du bébé (maman, papa, famille...) :

Situations stressantes (logement inadéquat, insécurité alimentaire, autres) :

Information sur l'alimentation

Allaitement : Oui Non

Nombre de boires / jour : _____

Prise au sein adéquate Oui Non

Biberon : Formule utilisée : _____

Quantité et fréquence (ml, nombre de boires) : _____

Vitamine D donnée tous les jours Oui Non

Nombre de mictions / 24 h : _____

Nombre de selles / 24 h : _____

Nombre de régurgitations / 24 h : _____

Étouffement lors des boires Oui Non

Commentaires / Précisions _____

Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil / 24 h : _____

Plus longue période de sommeil continu : _____

Informations sur le développement

Bonne succion? Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Dépistage auditif fait à la naissance? Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Pleure plus de 3 heures par jour? Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Autres Commentaires / Précisions :
