

## 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 :

---

---