

Suivi de l'enfant de 18 mois

Date de naissance : _____ **Nom :** _____

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Informations sur la famille

Votre enfant 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?

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 | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nombre de boires / jour : | | | |
| Lait 3,25 % offert ou équivalent? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Quantité par jour : | | | |
| Donnez-vous de la vitamine D? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Utilisation du biberon et\ou de la suce | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'enfant boit dans un verre ou un gobelet? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Eau offerte | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Jus offert | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'enfant mange des aliments de la famille | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Votre enfant a-t-il de la difficulté avec certaines textures? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'enfant mange seul avec ses ustensiles | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous remarqué une variation de l'appétit de votre enfant ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Donnez-vous des produits naturels à votre enfant? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Êtes-vous végétarien? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil la nuit: _____

Durée de la sieste _____

L'enfant s'endort-il seul le soir? Oui Non

L'enfant se rendort-il seul la nuit Oui Non

Informations sur le développement (18 mois)

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Est-ce que votre enfant est exposé aux écrans? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant explore activement son environnement? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant gribouille avec un crayon sur un papier? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant appuie volontairement sur un bouton pour actionner un jouet en attente d'une réaction (musique, lumière) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant utilise les objets selon leur fonction pour tenter d'imiter l'adulte (téléphone, brosse, cuillère)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant commence des jeux symboliques simples (donner à manger à une poupée)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant marche seul sans aide? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant s'accroupit pour ramasser un jouet sans appui et se relève sans tomber? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant monte des escaliers avec aide? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant tient un objet d'une main et stabilise avec l'autre main? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant utilise une cuillère (avec dégâts)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant comprend des consignes simples (ex. « donne la balle »)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant dit au moins 14 mots? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nombre de mots | | |
| Est-ce que votre enfant utilise les mots papa ou maman ou équivalent pour désigner le bon parent? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant répète des mots entendus pour les apprendre (la prononciation peut être imprécise)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant joue à côté des autres enfants (chacun avec son jouet)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant démontre de l'affection envers les adultes significatifs ou les autres enfants ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Est-ce que votre enfant sollicite l'adulte pour obtenir son aide dans une tâche ou une activité difficile pour lui? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant est capable de tolérer la nouveauté ou une frustration avec le soutien d'un adulte ou un jouet de transition? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant bouge peu ou pas un côté de son corps par rapport à l'autre? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne marche pas encore? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne pointe pas avec le doigt pour demander ou montrer? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne regarde pas la personne lorsqu'elle lui parle (contact visuel)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne répond pas à son prénom? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne démontre aucun intérêt pour les adultes ou les enfants qui l'entourent? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant semble avoir des difficultés à entendre ou à voir? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant a perdu des habiletés qu'il avait acquises? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Commentaires / Précises :
