

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 :
