

Suivi de l'enfant de 4 mois

Date de naissance : _____ Nom : _____

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Informations sur la famille

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

Quand est prévu votre retour au travail (si applicable)?

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

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

Avez-vous un voyage de prévu dans les prochains mois?

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

Introduction des solides débutée? Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Nombre de mictions / 24 h : _____

Nombre de selles / 24 h :

Régurgitations fréquentes? Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Étouffement lors des boires? Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Donnez-vous des produits naturels à votre bébé? Oui Non

Commentaires / Précisions _____

Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil / 24 h : _____

Plus longue période de sommeil continu : _____

Votre bébé s'endort-il principalement :

Seul

Avec aide (précisez) _____

Informations sur le développement (4 mois)

Est-ce que votre enfant est exposé aux écrans? Oui Non

Est-ce que votre bébé passe du temps au sol tous les jours? Oui Non

Est-ce que votre bébé se calme à la voix? Oui Non

Commentaires / Précisions: _____

Est-ce que votre bébé, lorsqu'il est sur le ventre, s'appuie sur les
avants bras? Oui Non

Est-ce que votre bébé, lorsqu'il est sur le ventre, s'appuie sur les
avants bras? Oui Non

Est-ce que votre bébé porte sa main à sa bouche? Oui Non

Commentaires / Précisions: _____

Est-ce que votre bébé attrape volontairement des objets? Oui Non

Est-ce que votre bébé tient bien sa tête? Oui Non

Est-ce que votre bébé s'oriente vers la voix?

Oui

Non

Commentaires / Précisions: _____

Est-ce que votre bébé suit les objets et les visages du regard?

Oui

Non

Est-ce que votre bébé rit aux éclats?

Oui

Non

Est-ce que votre bébé gazouille?

Oui

Non

Est-ce que votre bébé anticipe les routines?

Oui

Non

Commentaires / Précisions: _____

Autres Commentaires / Précisions :
