

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

Nombre de mictions / 24 h : _____

Nombre de selles / 24 h : _____

Régurgitations fréquentes? ☐ Oui ☐ Non

Étouffement lors des boires? ☐ Oui ☐ Non

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

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?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé passe du temps au sol tous les jours?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé se calme à la voix?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé, lorsqu'il est sur le ventre, s'appuie sur les avants bras?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé, lorsqu'il est sur le ventre, s'appuie sur les avants bras?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé porte sa main à sa bouche?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé attrape volontairement des objets?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé tient bien sa tête?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé s'oriente vers la voix?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé suit les objets et les visages du regard?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé rit aux éclats?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé gazouille?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé anticipe les routines?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Commentaires / Précisions :
