

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 avant bras? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre bébé, lorsqu'il est sur le ventre, s'appuie sur les avant 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 :