

Suivi de l'enfant de 9 mois

Date de naissance : _____ Nom : _____

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Informations sur la famille

Votre bébé est-il en milieu de garde? Oui Non

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?

Adultes impliqués auprès de l'enfant (maman, papa, 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 : Oui Non

Nombre de boires / jour : _____

Biberon : Formule utilisée : _____

Quantité et fréquence (ml, nombre de boires) : _____

Donnez-vous du lait 3,25 % ou équivalent à votre enfant? Oui Non

Quantité _____

Donnez-vous de l'eau à votre enfant ? Oui Non

Donnez-vous du jus à votre enfant? Oui Non

Commentaires / Précisions: _____

Vitamine D donnée tous les jours? Oui Non

Quels types d'aliments votre enfant mange-t-il?

Viandes _____

Légumes et fruits _____

Céréales _____

Yogourts et fromage _____

Textures variées offertes (morceaux mous)? Oui Non

L'enfant mange des aliments de la famille? Oui Non

L'enfant mange seul avec ses doigts? Oui Non

Commentaires / Précisions: _____

Réactions alimentaires préoccupantes? Oui Non

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

Êtes-vous végétarien ? Oui Non

Commentaires / Précisions: _____

Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil / 24 h : _____

Plus longue période de sommeil continu : _____

Nombre de siestes par jour : _____

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

Commentaires / Précisions: _____

Informations sur le développement (9 mois)

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

Est-ce que votre bébé explore activement son environnement? Oui Non

Est-ce que votre bébé pleure quand ses parents sont hors de vue? Oui Non

Commentaires / Précisions: _____

Est-ce que votre bébé tend les bras pour se faire prendre ? Oui Non

Est-ce que votre bébé touche les visages de ses parents ? Oui Non

Est-ce que votre bébé s'assoit sans appui? Oui Non

Commentaires / Précisions: _____

Est-ce que votre bébé se tourne du ventre au dos et du dos au ventre? Oui Non

Est-ce que votre bébé se met debout avec appui? Oui Non

Est-ce que votre bébé ramasse des objets avec toute sa main? Oui Non

Commentaires / Précisions: _____

Est-ce que votre bébé imite des gestes (au revoir, bravo)? Oui Non

Est-ce que votre bébé cherche un objet caché? Oui Non

Est-ce que votre bébé se retourne à l'appel de son nom? Oui Non

Est-ce que votre bébé produit des sons variés (PAPAPA, MAMAMA)? Oui Non

Commentaires / Précisions: _____

Autres Commentaires / Précisions :
