

## **Suivi de l'enfant de 2 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?

---

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

---

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

---

Avez-vous un voyage de prévu?

---

## 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

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 : \_\_\_\_\_

## Informations sur le développement

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 à bouger sur le sol?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé pleure plus de 3h par jour?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Est-ce que votre bébé soulève brièvement la tête en position ventrale?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé sourit en réponse au sourire ou à la voix?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé réagit aux sons?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé suit un objet du regard à 30 cm?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre bébé émet des sons / gazouillis?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le dépistage auditif a-t-il été fait à la naissance?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Commentaires / Précisions :**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---