

Suivi de l'enfant de 6 mois

Date de naissance : _____ **Nom :** _____

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Informations sur la famille

Votre bébé est-t-il avec vous à la maison ou est-t-il en milieu de garde? Quel type de milieu de garde?

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

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

Est-ce qu'il y a des changements dans la famille ?

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

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

Le regard de votre bébé est-t-il droit? Louche-t-il?

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

Information sur l'alimentation

Allaitement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nombre de boires / jour :		
Prise au sein adéquate	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Biberon : Formule utilisée :		
Quantité et fréquence (ml, nombre de boires) :		
Vitamine D donnée tous les jours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Donnez-vous de l'eau à votre bébé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Donnez-vous du jus à votre bébé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aliments solides introduits	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Textures explorées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Liste des aliments donnés

Réactions alimentaires préoccupantes Oui Non

Laissez-vous votre bébé explorer avec ses doigts? Oui Non

Quelle est la durée moyenne de vos repas avec bébé? Oui Non

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

Êtes-vous végétarien ? 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) _____

Nombre de siestes par jour : _____

Informations sur le développement (6 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 manifeste une peur des étrangers ? Oui Non

Est-ce que votre bébé regarde la trajectoire des objets qui tombent ? Oui Non

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

Est-ce que votre bébé rampe vers l'arrière ? Oui Non

Est-ce que votre bébé saisit les objets volontairement ? Oui Non

Est-ce que votre bébé transfère des objets d'une main à l'autre? Oui Non

Est-ce que votre bébé réagit à son nom et à la voix? Oui Non

Est-ce que votre bébé babille (ba, da, ga)? Oui Non

Commentaires / Précisions :
