

Suivi de l'enfant de 1 à 4 semaines

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

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Informations sur la famille

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

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

Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil / 24 h : _____

Plus longue période de sommeil continu : _____

Informations sur le développement

Mettez-vous votre enfant en position ventrale pendant ses périodes d'éveil? Oui Non

Si oui, combien de temps passe-t-il au total par jour sur le ventre _____

Commentaires / Précisions :

Pouvez-vous reconnaître les besoins de votre bébé selon ses pleurs? Oui Non

Commentaires / Précisions :

Est-ce que votre bébé regarde les visages? Oui Non

Commentaires / Précisions :

Est-ce que votre bébé a une bonne succion? Oui Non

Commentaires / Précisions :

Est-ce que votre bébé, sur le ventre, dégage sa tête du plan du lit? Oui Non

Commentaires / Précisions :

Est-ce que votre bébé sursaute aux bruits? Oui Non

Commentaires / Précisions :

Est-ce que le dépistage auditif de votre bébé a été fait à la naissance? Oui Non

Commentaires / Précisions :

Autres Commentaires / Précisions :
