

Suivi de l'enfant de 2 mois

Nom : _____

Date de naissance : _____

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

Commentaires / Précisions _____

Étouffement lors des boires Oui Non

Commentaires / Précisions _____

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 : _____

Commentaires / Précisions : _____

Informations sur le développement

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

Est-ce que votre bébé passe du temps à bouger sur le sol? Oui Non

Est-ce que votre bébé pleure plus de 3h par jour? Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Est-ce que votre bébé soulève brièvement la tête en position ventrale? Oui Non

Est-ce que votre bébé sourit en réponse au sourire ou à la voix? Oui Non

Est-ce que votre bébé réagit aux sons? Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Est-ce que votre bébé suit un objet du regard à 30 cm? Oui Non

Est-ce que votre bébé émet des sons / gazouillis? Oui Non

Le dépistage auditif a-t-il été fait à la naissance? Oui Non

Commentaires / Précisions : _____

Autres Commentaires / Précisions :
