

Suivi de l'enfant de 2 ans

Date de naissance : _____ Nom : _____

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Informations sur la famille

Votre enfant est-il en milieu de garde? 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?

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

Lait 3,25 % offert ou équivalent ☐ Oui ☐ Non

Quantité par jour : _____

Donnez-vous de la vitamine D? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant boit dans un verre ☐ Oui ☐ Non

Utilise encore le biberon? ☐ Oui ☐ Non

Utilise encore la suce? ☐ Oui ☐ Non

Eau offerte ☐ Oui ☐ Non

Jus offert ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mange les aliments de la famille ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mange seul avec des ustensiles ☐ Oui ☐ Non

Sélectivité ou difficultés alimentaires ☐ Oui ☐ Non

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

Êtes-vous végétarien? ☐ Oui ☐ Non

Quelle est la durée du repas? _____

Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil la nuit : _____

Nombre de siestes par jour et durée : _____

Difficultés d'endormissement ou réveils fréquents ☐ Oui ☐ Non

Informations sur le développement (2 ans)

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

Nombre de minutes par jour? _____

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

Est-ce que votre enfant imite le gribouillage circulaire? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant réalise un encastrement de 4 formes simples? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant imite une action ou un comportement observé plus tôt? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant fait semblant dans ses jeux (poupée, téléphone)? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant comprend le sens de encore et dedans? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant court et s'arrête sans se cogner? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant transporte un gros objet en marchant? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant tourne les pages d'un livre une à la fois? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant mange seul avec une cuillère ou une fourchette? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant enlève quelques vêtements (bas, souliers, chapeau)? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant pointe sur demande 4 parties du corps ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant pointe au moins 2 images qu'on lui nomme dans des catégories de base? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant comprend des consignes en deux étapes? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant utilise des phrases de 2 mots? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant fait des demandes en utilisant des mots? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant joue à côté des autres enfants (jeu parallèle)? ☐ Oui ☐ Non

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Est-ce que votre enfant joue et explore activement son environnement à distance de l'adulte? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant démontre des émotions variées? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant aime faire des tâches autonomes? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant s'affirme en exprimant son désaccord? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant demande de l'aide en s'adressant à l'Adulte? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant bouge peu ou pas un côté de son corps par rapport à l'autre? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne peut pas marcher sans aide? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant marche toujours sur la pointe des pieds? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne regarde pas la personne lorsqu'elle lui parle? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne démontre aucun intérêt pour les adultes ou les enfants qui l'entourent ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant ne pointe pas pour montrer ou demander? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant semble ne pas bien voir ou ne pas bien entendre? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que votre enfant a perdu des habiletés qu'il avait acquises? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Commentaires / Précisions :
