

## **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?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant démontre des émotions variées?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant aime faire des tâches autonomes?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant s'affirme en exprimant son désaccord?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant demande de l'aide en s'adressant à l'Adulte?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant bouge peu ou pas un côté de son corps par rapport à l'autre?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant ne peut pas marcher sans aide?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant marche toujours sur la pointe des pieds?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant ne regarde pas la personne lorsqu'elle lui parle?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant ne démontre aucun intérêt pour les adultes ou les enfants qui l'entourent ?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant ne pointe pas pour montrer ou demander?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant semble ne pas bien voir ou ne pas bien entendre?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant a perdu des habiletés qu'il avait acquises?  Oui  Non

**Commentaires / Précisions :**

---

---

---

---

---

---

---

---