

Suivi de l'enfant de 5 ans

Date de naissance : _____ Nom : _____

Préoccupations spécifiques à discuter avec le médecin

Informations sur la famille

Votre enfant est-il en milieu de garde ou à l'école? Si oui, quel 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

L'enfant boit-il du lait ou une boisson équivalente? ☐ Oui ☐ Non

Quantité _____

Eau offerte ☐ Oui ☐ Non

Jus offert ☐ Oui ☐ Non

L'enfant prend-t-il de la vitamine D? ☐ Oui ☐ Non

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

Sélectivité ou difficultés alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Quelle est la durée moyenne du repas? _____

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

Êtes-vous végétarien? ☐ Oui ☐ Non

Informations sur le sommeil

Heures totales de sommeil la nuit : _____

Sieste? ☐ Oui ☐ Non

Difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes _____

Informations sur le développement

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

Nombre de minutes par jour _____

Est-ce que votre enfant copie des diagonales sans démonstration? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant dessine des images élaborées (maison, bonhomme, soleil)? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant comprend des notions spatiales complexes (entre, autour, au milieu, avant-midi, après-midi)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant connaît plus de 5 couleurs?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant dénombre 10 objets en pointant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant utilise des mots liés au temps (hier, aujourd'hui, demain)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant court avec aisance en contournant des obstacles?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant monte et descend les escaliers en alternant les pieds sans aide?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant saute sur un pied sur place 5 à 10 fois de suite?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant lance et attrape un ballon avec aisance?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant découpe le contour d'une forme simple (ex. rond)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant colorie de petites formes sans dépasser?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant comprend des consignes verbales longues et complexes?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant répond à des questions (quantité, pourquoi, quand, comment)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant utilise des phrases de plus de 5 mots?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant peut entretenir une conversation avec plusieurs tours de parole?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant attend son tour et partage lorsqu'il joue avec d'autres enfants?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant suit des règles simples dans un jeu de groupe?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant ajuste son comportement selon le contexte?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant exprime ses émotions et peut les expliquer?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Est-ce que votre enfant peut se calmer en moins de 20 minutes lorsqu'il est contrarié? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant peut poursuivre une activité qu'il aime pendant environ 15 minutes? ☐ Oui ☐ Non

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

Est-ce que votre enfant a des difficultés à la marche ou dans les escaliers? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que votre enfant a de la difficulté à jouer avec ses pairs ou à participer dans les activités de groupe? Ou très peu intéressé par les autres enfants? ☐ Oui ☐ Non

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

Est-ce que votre enfant a de la difficulté à entendre ou à voir? ☐ Oui ☐ Non

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

Commentaires / Précisions:
