

## **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 d 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: