

Suivi de l'enfant de 3 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

L'enfant boit il du lait de vache ou équivalent? Oui Non

Quantité

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

Eau offerte Oui Non

Jus offert Oui Non

Qu'elle est la durée 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 : _____

Nombre de siestes et durée : _____

Difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes Oui Non

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 lignes verticales et horizontales sans démonstration? Oui Non

Est-ce que votre enfant fait un casse-tête de 3 à 4 pièces? Oui Non

Est-ce que votre enfant pointe ou nomme au moins 2 couleurs sur demande?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant comprend les notions spatiales (sur, sous, à côté, en haut, en bas)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant compare des objets (plus petit, plus grand, plus gros)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant joue à faire semblant en reproduisant des routines de la vie quotidienne?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant monte les escaliers en alternant de pied (avec support)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant saute sur place en décollant les deux pieds du sol?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant lance une balle par-dessus l'épaule?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant mange avec une fourchette avec peu ou pas de dégâts?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant se lave les mains seul (savonne, rince, essuie)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant comprend des consignes verbales à deux éléments ou plus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant répond à des questions simples (qui, combien, pourquoi)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant dit son prénom et son âge sur demande?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant parle assez clairement pour être compris au moins 75 % du temps?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant utilise des phrases de 3 à 4 mots?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant utilise des pronoms (tu, toi, il, elle, lui)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant initie des interactions avec d'autres enfants?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant joue au même jeu que les autres enfants sans but commun (jeu parallèle)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant accepte les limites imposées par l'adulte malgré son mécontentement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Est-ce que votre enfant peut attendre quelques minutes pour que l'adulte réponde à son besoin?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant participe à plusieurs étapes de la routine quotidienne?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant bouge peu ou pas un côté du corps par rapport à l'autre?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant a des difficultés à la marche ou dans les escaliers (maladresse, chutes fréquentes, marche sur la pointe)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant ne regarde pas la personne lorsqu'on lui parle?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant bave encore?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant semble ne pas bien entendre ou ne pas bien voir?	<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 :