

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? ☐ Oui ☐ Non
- Est-ce que votre enfant participe à plusieurs étapes de la routine quotidienne? ☐ 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 (maladresse, chutes fréquentes, marche sur la pointe)? ☐ Oui ☐ Non
- Est-ce que votre enfant ne regarde pas la personne lorsqu'on lui parle? ☐ Oui ☐ Non
- Est-ce que votre enfant bave encore? ☐ Oui ☐ Non
- Est-ce que votre enfant semble ne pas bien entendre ou ne pas bien voir? ☐ Oui ☐ Non
- Est-ce que votre enfant a perdu des habiletés qu'il avait acquises? ☐ Oui ☐ Non

Commentaires / Précisions :
