



Suivi de l'enfant de moins d'une semaine

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- « Blues » du post-partum ? _____
 Soutien à la mère : _____
 Adaptation de la famille au nouveau-né : _____
 Voyage récent (2) ou prévu (2) (5) ? _____
 Jet urinaire ♂ Autre : _____

NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/j _____
 Vit D 400 UI die : bébé allaité ou **prématuré (200 U.I./kg/j)**
 Préparation lactée pour nourrisson avec fer (15-25 oz ou 450-750 ml/j)
 q'té : _____ type : _____
 Eau non nécessaire si allaitement exclusif
 Autre : _____
- Autres suppléments/produits naturels? _____
 Mictions (≥6/j) : _____
 Selles (≥2/j) : _____
 Régurgitations : _____
 Etouffement lors des boires ? _____

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT (Âge corrigé pour prématurés)

- A une bonne succion Pleure de façon excessive? (>3 h/jour) _____

EXAMEN PHYSIQUE

- | | | |
|---|---|---|
| Poids : _____ perc : _____ | Taille : _____ perc : _____ | PC : _____ perc : _____ |
| <input type="checkbox"/> Fontanelles, sutures | <input type="checkbox"/> Abdomen, ombilic | <input type="checkbox"/> Moro symétrique |
| <input type="checkbox"/> Forme de la tête | <input type="checkbox"/> Membres | <input type="checkbox"/> TONUS SUR LE DOS |
| <input type="checkbox"/> Reflet rétinien | <input type="checkbox"/> Hanches (Ortolani Barlow) | <input type="checkbox"/> Flexion 4 membres |
| <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Pouls fémoraux | <input type="checkbox"/> Mouvements fluides et symétriques des membres |
| <input type="checkbox"/> Cou (torticoli?) | <input type="checkbox"/> OGE (testicules ♂) | <input type="checkbox"/> TIRÉ ASSIS |
| <input type="checkbox"/> Clavicules | <input type="checkbox"/> Région sacrée (sinus) | <input type="checkbox"/> Flexion de la tête en fin de course (head lag) |
| <input type="checkbox"/> Coeur | <input type="checkbox"/> Anus | |
| <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Téguments (jaunisse) : _____ | |

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soutien à l'allaitement | <input type="checkbox"/> Sommeil sur le dos uniquement | <input type="checkbox"/> Consultation précoce si fièvre (≥38°C rectal) |
| <input type="checkbox"/> Sécurité (siège d'auto, T° chauffe-eau 60°C + dispositif anti-brûlures, détecteur de fumée, espace des barreaux du lit <6 cm, animaux, partage du lit?) | <input type="checkbox"/> Tabagisme passif | <input type="checkbox"/> Ne jamais secouer l'enfant |
| | <input type="checkbox"/> T° ambiante : ≤18°C nuit et ≤20°C jour | <input type="checkbox"/> Discuter vaccination |
| | <input type="checkbox"/> Soins du prépuce ♂ | <input type="checkbox"/> Stimulation du développement (voir guide) |

IMPRESSION ET CONDUITE (Ne pas répéter les items communs aux 2 visites si fait à une visite précédente)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dépistage phénylcétonurie et thyroïde | <input type="checkbox"/> Dépistage visuel (*) |
| <input type="checkbox"/> Vaccin anti-hépatite B : vérifier HBIG et 1 ^{er} vaccin donnés en période néonatale si bébé de mère porteuse HBsAG (*) | <input type="checkbox"/> Dépistage auditif si non fait pour tous |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse de l'Hb (*) | <input type="checkbox"/> Visite à domicile de l'infirmière si 1 ^{er} enfant de mère monoparentale et/ou <19 ans et/ou milieu défavorisé |

Signature : _____ Prochain R.-V. : _____

(*) Si l'enfant est à risque, cf guide

Recommandations : **Gras=A**, **italique=B**, caractères ordinaires=C ou I. Pour la liste des formulaires, visitez le www.cpass.umontreal.ca

Janvier 2015



Suivi de l'enfant de 1 à 4 semaines

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____
 Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- Dépression maternelle ? _____
 Soutien à la mère : _____
 Adaptation de la famille au nouveau-né : _____
 Dépistage métabolique (envoi 21^e jour au Québec) Jet urinaire ♂
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____ Autre : _____

NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/j _____
 Vit D 400 UI die : bébé allaité ou **prématuré (200 U.I./kg/j)**
 Préparation lactée pour nourrisson avec fer (15-25 oz ou 450-750 ml/j)
 q^{te} : _____ type : _____
 Eau non nécessaire si allaitement exclusif
 Autre : _____
- Autres suppléments/produits naturels? _____
 Mictions (≥6/j) : _____
 Selles (≥2/j) : _____
 Régurgitations : _____
 Etouffement lors des boires ? _____

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT (Âge corrigé pour prématurés)

- Pleure de façon excessive (>3hres/j)
 Regarde les visages
- Sursaute aux bruits (audition)
 Sur le ventre, dégage sa tête du plan du lit
- A une bonne succion
 Sommeil: _____

EXAMEN PHYSIQUE

- Date : _____ Poids f : _____ perc : _____ Taille : _____ perc : _____ PC : _____ perc : _____
 Date : _____ Poids f : _____ perc : _____ Taille : _____ perc : _____ PC : _____ perc : _____
- Fontanelles, sutures
 Forme de la tête
 Reflet rétinien
 ORL
 Cou (torticolis?)
 Clavicules
 Coeur
 Poumons
- Abdomen, omblic
 Membres
 Hanches (Ortolani Barlow)
 Pouls fémoraux
 OGE (testicules ♂)
 Région sacrée (sinus)
 Anus
 Téguments (jaunisse) : _____
- Moro symétrique
 TONUS SUR LE DOS
 Flexion 4 membres
 Mouvements fluides et symétriques des membres
 TIRÉ ASSIS
 Flexion de la tête en fin de course (head lag)
- †Prise de poids : min. 20 g/j

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Soutien à l'allaitement
 Sécurité (siège d'auto, T° chauffe-eau 60°C + dispositif anti-brûlures, détecteur de fumée, espacement des barreaux du lit <6 cm, animaux, partage du lit?)
- Sommeil sur le dos uniquement
 Tabagisme passif
 T° ambiante : ≤18°C nuit et ≤20°C jour
 Soins du prépuce ♂
- Consultation précoce si fièvre (≥38°C rectal)
 Ne jamais secouer l'enfant
 Discuter vaccination
 Stimulation du développement (voir guide)

IMPRESSION ET CONDUITE (Ne pas répéter les items communs aux 2 visites si fait à une visite précédente)

- Vaccin anti-hépatite B (2^e dose pour enfants de mère porteuse HBsAg (*)
 Electrophorèse de l'Hb (*)
 Dépistage visuel (*)
- Dépistage auditif si non fait pour tous
 Visite à domicile de l'infirmière si 1^{er} enfant de mère monoparentale et/ou <19 ans et/ou milieu défavorisé

Date : _____ Signature : _____ Prochain R.-V. : _____
 Date : _____ Signature : _____ Prochain R.-V. : _____

(*) Si l'enfant est à risque, cf guide

Recommandations : **Gras=A**, **italique=B**, caractères ordinaires=C ou I. Pour la liste des formulaires, visitez le www.cpass.umontreal.ca

© 2015 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Brunet G., MD, Cossette G., IPSPL, Cousineau D., MD, FRCPC, Lemieux D., MD



Suivi de l'enfant de 2 mois

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- Dépression maternelle ? _____
 Situation familiale : _____
 Garderie : N^{bre} d'enfants : _____ Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____
 Autre : _____

NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/j _____
 Vit D 400 UI die : bébé allaité ou **prématuré (200 U.I./kg/j)**
 Préparation lactée pour nourrisson avec fer (20-30 oz ou 600-900 ml/j)
 q^u : _____ type : _____
 Autre apport : _____
 Autre : _____
- Autres suppléments/produits naturels? _____
 Mictions (nbre?) : _____
 Selles (nbre?) : _____
 Régurgitations : _____
 Etouffement lors des boires ? _____
GUIDANCE:
 Introduction des solides : attendre

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT (Âge corrigé pour prématurés)

- Pleure de façon excessive (>3h/jour)
 Sur le ventre, lève la tête à 45°
 Sourit en réponse à un sourire ou à la voix
 Suit bien du regard
 Roucoule
 Sursaute aux bruits (audition)

EXAMEN PHYSIQUE

- Poids : _____ perc : _____ Taille : _____ perc : _____ PC : _____ perc : _____
- Fontanelles, sutures
 Forme de la tête
 Reflet rétinien
 Reflet cornéen
 Poursuite oculaire
 ORL
 Cou (torticollis?)
 Coeur
- Poumons
 Abdomen
 Membres
 Hanches (Ortolani Barlow)
 OGE Anus
 Téguments : _____
- TONUS SUR LE DOS**
 Tourne la tête 2 côtés
 Mouvements fluides et symétriques des membres
TONUS SUR LE VENTRE
 Lève la tête à 45° avec appui sur avant-bras
TIRÉ ASSIS
 Meilleur contrôle de tête

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Soutien à l'allaitement**
 Sécurité (siège d'auto, chutes, étouffement, pyjama ininflammable)
 Sommeil sur le dos uniquement
 Tabagisme passif
 Hygiène nasale
 Conduite en cas de fièvre
 Stimulation du développement (voir guide)

IMPRESSION ET CONDUITE

- DCaT-HB-Polio-Hib**
 Vaccin anti-rotavirus (Rotarix®)
 Vaccin antipneumocoque conjugué (Prevnar 13®)
 Vaccin antiméningocoque A, C, Y, W135 (Menveo® ou Nimenrix®) (*)
 Vaccin antiméningocoque B (Bexsero®) (*)

Signature : _____

Prochain R.-V. : _____

(*) Si l'enfant est à risque, cf guide
 Recommandations : **Gras=A**, *italique=B*, caractères ordinaires=C ou I. Pour la liste des formulaires, visitez le www.cpass.umontreal.ca

© 2015 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Brunet G., MD, Cossette G., IPSPL, Cousineau D., MD, FRCPC, Lemieux D., MD

Janvier 2015



Suivi de l'enfant de 4 mois

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- Dépression maternelle ? _____
 Situation familiale : _____
 Garderie : N^{bre} d'enfants : _____ Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____
 Retour au travail ? _____
 Autre : _____

NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/** _____
 Vit D 400 UI die : bébé allaité ou prématuré
 Préparation lactée pour nourrisson avec fer (30-40 oz ou 900-1200 ml/j)
 q^{te} : _____ type : _____
 Autre apport : _____
 Autre : _____
- Autres suppléments/produits naturels? _____
 Selles : _____
 Régurgitations : _____
GUIDANCE:
 Introduction des solides : attendre signes de maturité
 Discuter calendrier d'introduction des solides vers 6 mois

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT (Âge corrigé pour prématurés)

- Sommeil : _____
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tolérance face aux pleurs | <input type="checkbox"/> Saisit un objet à sa portée | <input type="checkbox"/> Suit bien du regard |
| <input type="checkbox"/> Sur le ventre, s'appuie sur les avant-bras (90°) | <input type="checkbox"/> Tient bien sa tête | <input type="checkbox"/> Rit aux éclats |
| <input type="checkbox"/> Porte la main à la bouche | <input type="checkbox"/> S'oriente vers la voix (audition) | <input type="checkbox"/> Gazouille |

EXAMEN PHYSIQUE

- | | | |
|---|--|---|
| Poids : _____ perc : _____ | Taille : _____ perc : _____ | PC : _____ perc : _____ |
| <input type="checkbox"/> Fontanelles, sutures | <input type="checkbox"/> Poumons | TONUS SUR LE DOS |
| <input type="checkbox"/> Forme de la tête | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Mains ouvertes portées à la bouche |
| <input type="checkbox"/> Reflet rétinien | <input type="checkbox"/> Membres | <input type="checkbox"/> Mouvements fluides et |
| <input type="checkbox"/> Reflet cornéen | <input type="checkbox"/> Hanches: symétrie de l'abduction | symétriques des membres |
| <input type="checkbox"/> Poursuite oculaire | <input type="checkbox"/> OGE <input type="checkbox"/> Anus | TONUS SUR LE VENTRE |
| <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Téguments : _____ | <input type="checkbox"/> Lève la tête à 90° avec appui sur avant-bras |
| <input type="checkbox"/> Cou (torticoli?) | | TIRÉ ASSIS |
| <input type="checkbox"/> Coeur | | <input type="checkbox"/> Parfait contrôle de tête |

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soutien à l'allaitement | <input type="checkbox"/> Sommeil (sur le dos uniquement, établir une routine) | <input type="checkbox"/> Conduite si étouffement |
| <input type="checkbox"/> Sécurité (siège d'auto , marchette, chutes, étouffement, brûlures) | <input type="checkbox"/> Milieu de garde (6 enfants et moins) | <input type="checkbox"/> Éruption dentaire |
| | | <input type="checkbox"/> Stimulation du développement (voir guide) |

IMPRESSION ET CONDUITE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DCaT-HB-Polio-Hib | <input type="checkbox"/> Vaccin antipneumocoque conjugué (Prevnar 13®) |
| <input type="checkbox"/> Vaccin anti-rotavirus (Rotarix®) | <input type="checkbox"/> Vaccin antiméningocoque A, C, Y, W135 (Mencev® ou Nimenrix®) (*) |
| | <input type="checkbox"/> Vaccin antiméningocoque B (Bexsero®) (*) |

Signature : _____

Prochain R.-V. : _____

(*) Si l'enfant est à risque, cf guide
 Recommandations : **Gras=A**, *italique=B*, caractères ordinaires=C ou I. Pour la liste des formulaires, visitez le www.cpass.umontreal.ca

© 2015 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Brunet G., MD, Cossette G., IPSPL, Cousineau D., MD, FRCPC, Lemieux D., MD

Janvier 2015



Suivi de l'enfant de 6 mois

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- Dépression maternelle ? _____
 Situation familiale : _____
 Garderie : N^{bre} d'enfants : _____ Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____
 Persistance de strabisme ? _____
 Autre : _____

NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/j** _____
 Vit D 400 UI die : bébé allaité ou **prématuré**
 Fluor ?
 Autres suppléments/produits naturels ?
 Préparation lactée pour nourrisson avec fer (24-32 oz ou 720-960 ml/j)
 qté : _____ type : _____
 Eau offerte au repas, dans tasse ouverte
 Éviter jus ou max 2-4 oz ou 60-120 ml/j **Frais ou pasteurisé**, qté : _____

GUIDANCE :

- Introduction des solides : commencer d'abord les aliments riches en fer (céréales pour bébés enrichies de fer, viandes et substituts)
 Ne pas retarder l'introduction des aliments allergènes
 Textures: commencer aliments écrasés, émincés, râpés avant 9 mois
 Stimuler exploration avec les doigts
 Pas de miel avant l'âge d'un an
 Respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT (Âge corrigé pour prématurés)

- Dort toute la nuit**
 A peur de l'étranger
 Se tourne ventre-dos, dos-ventre

- Tient assis de façon instable
 Rampe vers l'arrière
 Prend les objets et transfert d'une main à l'autre

- Porte les objets à la bouche
 Se tourne à la voix, à son nom (audition)
 Babille, 1^{res} syllabes (DA,MA)

EXAMEN PHYSIQUE

- Poids : _____ perc : _____
 Fontanelles, sutures
 Forme de la tête
 Reflet rétinien
 Reflet cornéen
 Poursuite oculaire
 Test écran modifié
 ORL
 Coeur

- Taille : _____ perc : _____
 Poumons
 Abdomen
 Membres
 Hanches: symétrie de l'abduction
 OGE : testis palpables ? (♂)
 Anus
 Téguments : _____

PC : _____ perc : _____

- TONUS SUR LE DOS
 Tourne sur le ventre
 Transfert de main
 TONUS SUR LE VENTRE
 S'appuie sur les mains, bras en extension
 TIRÉ ASSIS
 Tête et dos droits

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Favoriser poursuite de l'allaitement**
 Sécurité (siège d'auto, chutes, brûlures, bain, prises électriques, étouffement, protection solaire et saisonnière)
 Éveils nocturnes et anxiété de séparation

- Discuter du boire de nuit
 Stimulation en garderie si milieu défavorisé
 Centre anti-poison 1-800-463-5060

- Stimulation du développement (voir guide)
 Pas de biberon au lit
 Soins dentaires
 Éveil à la lecture

IMPRESSION ET CONDUITE

- DCaT-Polio-Hib**
 3^e vaccin anti-hépatite B (bébé de mère porteuse chronique *)
 Vaccin anti-grippal (*)

- Vaccin anti-pneumocoque conjugué (Prevnar 13[®]) (*)**
 FSC, Ferritine si prématuré ou pds de naissance <2500 gr (*)

Signature : _____

Prochain R.-V. : _____

(*) Si l'enfant est à risque, cf guide
 Recommandations : **Gras=A**, **italique=B**, caractères ordinaires=C ou I. Pour la liste des formulaires, visitez le www.cpass.umontreal.ca

© 2015 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Brunet G., MD, Cossette G., IPSPL, Cousineau D., MD, FRCPC, Lemieux D., MD

Janvier 2015



Suivi de l'enfant de 9 mois

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale :

Garderie : Nbre d'enfants : _____ Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____

Autre : _____

NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/j _____
- Vit D 400 UI die : bébé allaité ou **prématuré**
- Fluor ?
Autres suppléments/produits naturels? _____
- Préparation lactée pour nourrisson avec fer (24-32 oz ou 720-960 ml/j)
qté : _____ type : _____
- Lait 3.25 % ?, qté : _____
- Eau préférable au jus
- Éviter jus ou max 2-4 oz ou 60-120 ml/j *Frais ou pasteurisé*, qté : _____

- Solides : Céréales avec fer : _____
-Légumes : _____
- Fruits : _____
- Viandes et substituts, incluant jaune d'oeuf, légumineuses, tofu et **poisson riche en oméga 3**
- Yogourt, fromage : _____

GUIDANCE :

- Progression des textures (aliments hachés finement)
- Aliments de table à 1 an, petits morceaux tendres avec les doigts
- Respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT (Âge corrigé pour prématurés)

Sommeil : _____
 Angoisse de séparation
 S'assoit de façon stable
 Marche à 4 pattes

- Se tient debout
- Fait bravo
- Pince pouce-index
- Tend les bras pour se faire prendre

- Cherche un jouet caché
- Se retourne à l'appel de son nom
- Lallation (PAPAPA, MAMAMA)
- Entend bien

EXAMEN PHYSIQUE

Poids : _____ perc : _____
 Fontanelles, sutures
 Forme de la tête
 Reflet rétinien
 Reflet cornéen
 Poursuite oculaire
 Test écran modifié
 ORL
 Cœur

- Taille : _____ perc : _____
- Poumons
- Abdomen
- Membres
- Hanches: symétrie de l'abduction
- OGE : testis palpables ? (♂)
- Anus
- Téguments : _____

PC : _____ perc : _____

- TONUS SUR LE DOS**
- Pieds en bouche
- S'assoit de façon stable (protection)
- Marche à 4 pattes
- Se tient debout avec aide
- RÉFLEXES**
- Parachute (+) symétrique

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

Favoriser poursuite de l'allaitement
 Sécurité (siège d'auto pour enfant, escaliers, brûlures, bain, prises électriques, protection solaire et saisonnière, matelas du lit à barreaux baissé, étouffement, intoxication)
 Éveils nocturnes et anxiété de séparation

- Stimulation en garderie si milieu défavorisé
- Évitement des mauvaises positions assises ou couchées
- Brosseage de dents (petite qté de dentifrice fluoré ?)

- Pas de biberon au lit
- Stimulation du développement (voir guide)
- Discuter de la prochaine vaccination
- Éveil à la lecture

IMPRESSION ET CONDUITE

Test cutané à la tuberculine (TCT) si autochtone ou autre enfant à risque (*)
 FSC, Ferritine si autres enfants à risque (*)

HBsAg et anti-HBs (bébé de mère porteuse chronique*)

Signature : _____

Prochain R.-V. : _____

(*) Si l'enfant est à risque, cf guide

Recommandations : **Gras=A**, *italique=B*, caractères ordinaires=C ou I. Pour la liste des formulaires, visitez le www.cpass.umontreal.ca

© 2015 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Brunet G., MD, Cossette G., IPSPL, Cousineau D., MD, FRCPC, Lemieux D., MD



Suivi de l'enfant de 12 mois

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale :

- Garderie : Nbre d'enfants : _____ Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____
 Dacryosténose persistante ?
 Autre : _____

NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/j _____
 Lait 3.25 % (20 à 25oz ou 600-750 ml/j), q^{te} : _____
 Autre type de lait : _____
 Eau préférable au jus
 Jus frais ou pasteurisé au gobelet (max 2-4 oz ou 60-120 ml/j), q^{te} : _____
 Fluor ?
 Vitamine D : _____
 Autres suppléments/produits naturels? _____

- Solides : Céréales avec fer, légumes, fruits, viandes, légumineuses, tofu, **poisson riche en oméga 3**, oeuf entier, fromage, yogourt
 Mange avec ses doigts, repas familial
GUIDANCE :
 Sevrage du biberon Éviter poisson contenant du mercure
 Évitement des petits morceaux durs
 Réduction de l'appétit
 Respecter les signaux de faim et de satiété de l'enfant

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT (Âge corrigé pour prématurés)

Sommeil : _____

- Angoisse de séparation
 Se tient debout
 Marche avec aide
 Marche seul

Entend bien

- Pince pouce-index
 Vide les contenants
 Fait bye-bye
 Regarde bien dans les yeux

Se retourne à l'appel de son nom

- Exécute les consignes simples
 Dit 2-3 mots
 Joue à cou-cou

EXAMEN PHYSIQUE

Poids : _____ perc : _____

- Fontanelles, sutures
 Reflet rétinien
 Reflet cornéen
 Test écran modifié
 Poursuite oculaire
 ORL
 Coeur
 Poumons

Taille : _____ perc : _____

- Abdomen
 Membres
 Hanches: symétrie de l'abduction
 Téguments : _____
 OGE : Hydrocèle (?) (♂)
: Testis palpables ? (♂)

PC : _____ perc : _____

MOTRICITÉ

- Se lève debout seul
 Marche seul ou avec aide

RÉFLEXES

- Parachute (+) symétrique
 ROT

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Favoriser poursuite de l'allaitement
 Sécurité (siège d'auto pour enfant, brûlures, bain, prises électriques, protection solaire et saisonnière, luxation du coude, étouffement, intoxication)
 Sommeil (routine stable, dans son lit, livre d'images)

Stimulation en garderie si milieu défavorisé

- Brossage de dents
 Pas de biberon au lit
 Éviter écrans (télé, jeux vidéo)

Discipline (constance des limites et cohérence entre les parents)

- Stimulation du développement (voir guide)
 Bonnes postures de jeu

IMPRESSION ET CONDUITE

- Vaccin RRO
 Vaccin antiméningocoque (Menjugate®, Neis Vac-C® ou Meningitec®)
 Vaccin antipneumocoque conjugué (Prevnar 13®)

- Vaccin antiméningocoque A, C, Y, W135 (Mencevo® ou Nimenrix®) (*)
 Vaccin antiméningocoque B (Bexsero®) (*)
 Dosage de plomb sérique (*)
 FSC, Ferritine si non fait (*)

Signature : _____

Prochain R.-V. : _____

(*) Si l'enfant est à risque, cf guide

Recommandations : **Gras=A**, *italique=B*, caractères ordinaires=C ou I. Pour la liste des formulaires, visitez le www.cpass.umontreal.ca

© 2015 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Brunet G., MD, Cossette G., IPSPL, Cousineau D., MD, FRCPC, Lemieux D., MD



Suivi de l'enfant de 18 mois

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : _____

- Garderie : N^{bre} d'enfants : _____ Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____
 Dacryostéose persistante ?
 Autre : _____
- _____

NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/j** _____
 Lait 3.25 % (20 à 25oz ou 600-750 ml/j), q^{te} : _____
 Autre type de lait : _____
 Jus frais ou pasteurisé au verre (max 2-4 oz, 60-120 ml/j), q^{te} : _____
 Boire au verre
 Eau préférable au jus
 Fluor ?
 Vitamine D : _____
 Autres suppléments/produits naturels ? _____

- Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires
 Variation d'appétit (petites portions, qualité)
 Utilisation des ustensiles
 Hygiène des comportements alimentaires (s'assoir à table, ne pas manger devant la télé, éviter de grignoter et de récompenser avec la nourriture, respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant)
 Collations nutritives

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT (Âge corrigé pour prématurés)

Sommeil : _____

- Commence à dire « NON »
 Fait des crises de colère
 Accélère le pas
 Grimpe
 Monte l'escalier avec aide

- S'accroupit et se relève sans tomber
 Regarde bien dans les yeux
 Entend bien
 Se retourne à l'appel de son nom
 Pointe pour demander ou pour montrer
 Vocabulaire ≥ 10 mots

- Comprend les consignes simples (donne, assis)
 Pointe deux ou trois parties du corps
 Imité l'adulte
 Gribouille
 Casse-tête de bois
 Socialise bien

EXAMEN PHYSIQUE

Poids : _____ perc : _____

- Fontanelle antérieure fermée
 Reflet rétinien
 Reflet cornéen
 Test de l'écran modifié

Taille : _____ perc : _____

- Poursuite oculaire
 ORL
 Coeur
 Poumons

PC : _____ perc : _____

- Abdomen
 Membres (démarche)
 OGE
 Téguments: _____

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Favoriser poursuite de l'allaitement**
 Sécurité (siège d'auto pour enfant, brûlures, protection solaire et saisonnière, étouffement, intoxication, noyade, supervision constante, exposition au bois traité à l'arsenic)
 Brossage de dents

- Attitude face aux crises de colère
 Discipline : constance et cohérence entre les parents
 Patience pour l'entraînement à la propreté
 Sevrage de la suce

- Éviter écrans (télé, jeux vidéo)
 Stimulation du développement (voir guide)
 Stimulation en garderie si milieu défavorisé
 Bonnes postures de jeu

IMPRESSION ET CONDUITE

- Premier rappel DCaT-HB-Polio-Hib**

- Vaccin combiné RRO-varicelle (Priorix-Tetra®)**

Signature : _____

Prochain R.-V. : _____



Suivi de l'enfant de 2 ans

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : _____ Garderie : N^{bre} d'enfants : _____ Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____

Autre _____

NUTRITION

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allaitement : nbre boires/j : _____ | <input type="checkbox"/> Autres suppléments/produits naturels? | <input type="checkbox"/> Hygiène des comportements alimentaires (s'asseoir à table, ne pas manger devant la télé, éviter de grignoter et de récompenser avec la nourriture, respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant) |
| <input type="checkbox"/> Lait 3.25% ou 2% (2 verres ou 500 ml/j) | | |
| <input type="checkbox"/> Jus frais ou pasteurisé au verre (max 4-6 oz, 120-180 ml/j), q ^{te} : _____ | <input type="checkbox"/> Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires | |
| <input type="checkbox"/> Eau préférable au jus <input type="checkbox"/> Fluor ? | <input type="checkbox"/> Collations nutritives | |
| <input type="checkbox"/> Vitamine D : _____ | | |

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT

- | | | |
|---|--|--|
| Sommeil : _____ | <input type="checkbox"/> Gribouille en cercles | <input type="checkbox"/> Pointe 8 parties du corps sur demande |
| <input type="checkbox"/> Fait des crises de colère (attitude parentale) | <input type="checkbox"/> Vocabulaire > 50 mots | <input type="checkbox"/> Norme les images dans un livre |
| <input type="checkbox"/> Marche à reculons ou de côté en tirant un objet | <input type="checkbox"/> Juxtapose deux mots | <input type="checkbox"/> Imité les adultes |
| <input type="checkbox"/> Monte et descend l'escalier debout avec la rampe | <input type="checkbox"/> Comprend et exécute les demandes plus complexes | <input type="checkbox"/> Fait semblant (téléphone) |
| <input type="checkbox"/> Lance un ballon | <input type="checkbox"/> Entend bien | <input type="checkbox"/> Se déshabille |

Comportement : _____

EXAMEN PHYSIQUE

- | | | | |
|--|----------------------------------|---|-------------------------|
| Poids : _____ perc : _____ | Taille : _____ perc : _____ | IMC : _____ perc : _____ | PC : _____ perc : _____ |
| <input type="checkbox"/> Reflet rétinien | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Membres (démarche) | |
| <input type="checkbox"/> Reflet cornéen | <input type="checkbox"/> Cœur | <input type="checkbox"/> OGE | |
| <input type="checkbox"/> Test de l'écran modifié | <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Téguments: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Poursuite oculaire | <input type="checkbox"/> Abdomen | | |

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sécurité (siège d'auto pour enfant, protection solaire et saisonnière, étouffement, intoxication, noyade, supervision à l'extérieur) | <input type="checkbox"/> Attitude face aux crises de colère | <input type="checkbox"/> Limite du temps télé (max 2h/j) |
| <input type="checkbox"/> Brossage de dents | <input type="checkbox"/> Discipline : constance, cohérence, temps de réflexion | <input type="checkbox"/> Promotion de l'activité physique (1h/j) |
| <input type="checkbox"/> Visite du dentiste à prévoir | <input type="checkbox"/> Conseils sur l'entraînement à la propreté | <input type="checkbox"/> Stimulation du développement (voir guide) |
| | <input type="checkbox"/> Sevrage de la sucette | <input type="checkbox"/> Stimulation en garderie si milieu défavorisé |

IMPRESSION ET CONDUITE

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dépistage lipidique sélectif ?(*) | <input type="checkbox"/> Dosage de plomb sérique (*) | <input type="checkbox"/> Vaccin antipneumocoque polysaccharidique (Pneumovax®) (*) |
|--|--|--|

Signature : _____ Prochain R.-V. : _____

(*) Si l'enfant est à risque, cf guide

Recommandations : **Gras=A**, **italique=B**, caractères ordinaires=C ou I. Pour la liste des formulaires, visitez le www.cpass.umontreal.ca

Janvier 2015



Développement professionnel continu
CENTRE DE PÉDAGOGIE APPLIQUÉE
AUX SCIENCES DE LA SANTÉ



Suivi de l'enfant de 3 ans

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : _____ Garderie : N^{bre} d'enfants : _____ Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____

Autre _____

NUTRITION

Lait (2 verres de 8 oz, 500 ml/j)
 Jus frais ou pasteurisé au verre (max 4-6 oz, 120-180 ml/j), q^{te} : _____
 Eau préférable au jus
 Vitamine D : _____

Fluor ?
 Supplément de vitamines ? _____
 Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires
 Collations nutritives

Hygiène des comportements alimentaires (s'asseoir à table, ne pas manger devant la télé, éviter de grignoter et de récompenser avec la nourriture, respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant)

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT

Sommeil : _____
 Pédale sur un tricycle
 Attrape bien le ballon dans ses mains
 Fait des phrases complètes incluant le je

Intelligible à 75 % pour les étrangers
 Commente, pose des questions (pourquoi, qui?)
 Entend bien

Socialise bien
 Joue à faire semblant
 Identifie 2 couleurs
 Compte jusqu'à 3

Dessine un rond
 S'habille en partie
 A acquis continence diurne

Comportement : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids : _____ perc : _____ Taille : _____ perc : _____ IMC : _____ perc : _____ TA ? : _____

Reflet rétinien
 Reflet cornéen
 Test de l'écran
 Acuité visuelle (entre 3-5 ans)

ORL
 Coeur
 Poumons
 Abdomen

Membres (démarche)
 OGE
 Téguments :
 Se tient sur une jambe 2 secondes

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

Sécurité (siège d'auto pour enfant, sécurité dans la rue, outils, allumettes, casque de vélo, étouffement, protection solaire et saisonnière, noyade)
 Brossage de dents
 Visite du dentiste

Discipline : constance, conséquences naturelles, cohérence, temps de réflexion, renforcement positif
 Curiosité sexuelle
 Éviter émissions violentes

Limite du temps télé (max 2h/j)
 Promotion de l'activité physique (1h/j)
 Stimulation du développement (voir guide)
 Stimulation en garderie si milieu défavorisé

IMPRESSION ET CONDUITE

Dépistage visuel (optométriste?) si pas fait à l'examen physique

Dépistage auditif si retard de langage et/ou acuité douteuse

Signature : _____

Prochain R.-V. : _____



Suivi de l'enfant de 4 ans

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : _____ Garderie : Nbre d'enfants : _____ Prématurée : _____

Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? _____

Autre : _____

NUTRITION

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lait (2 verres de 8 oz, 500 ml/j) | <input type="checkbox"/> Fluor ? _____ | <input type="checkbox"/> Hygiène des comportements alimentaires (s'assoir à table, ne pas manger devant la télé, éviter de grignoter et de récompenser avec la nourriture, respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant) |
| <input type="checkbox"/> Jus frais ou pasteurisé (max 4-6 oz, 120-180 ml/j), q'té : _____ | <input type="checkbox"/> Supplément de vitamines ? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Eau préférable au jus | <input type="checkbox"/> Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires | |
| <input type="checkbox"/> Vitamine D : _____ | <input type="checkbox"/> Collations nutritives | |

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT

- | | | | |
|--|--|--|--|
| Sommeil : _____ | <input type="checkbox"/> Découpe avec des ciseaux | <input type="checkbox"/> Pose des questions (quand, comment et où ?) | <input type="checkbox"/> Connait les couleurs primaires |
| <input type="checkbox"/> Pédale une bicyclette avec des roues d'entraînement | <input type="checkbox"/> Fait des phrases bien construites | <input type="checkbox"/> Entend bien | <input type="checkbox"/> Compte 5 objets |
| <input type="checkbox"/> Dessine un bonhomme (3-4 parties) | <input type="checkbox"/> Est compris de tous | <input type="checkbox"/> Socialise bien | <input type="checkbox"/> S'habille seul (± boutons, ± devant/derrière) |
| Comportement : _____ | <input type="checkbox"/> Commente, raconte | | |

EXAMEN PHYSIQUE

- | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|
| Poids : _____ perc : _____ | Taille : _____ perc : _____ | IMC : _____ perc : _____ TA ? : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Reflet rétinien | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Membres (démarche) | <input type="checkbox"/> Saute sur un pied 2 à 5 fois |
| <input type="checkbox"/> Reflet cornéen | <input type="checkbox"/> Cœur | <input type="checkbox"/> OGE | <input type="checkbox"/> Se tient sur une jambe 4 secondes |
| <input type="checkbox"/> Test de l'écran | <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Téguments : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Acuité visuelle (entre 3 et 5 ans) | <input type="checkbox"/> Abdomen | | |

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sécurité (siège d'appoint en voiture si $\geq 18\text{kg}$, casque de vélo, feux de circulation, traverser la rue, protection solaire et saisonnière, noyade) | <input type="checkbox"/> Hygiène dentaire (brossage et soie dentaire) | <input type="checkbox"/> Limite de temps télé et jeux vidéo (max 2h/j) |
| <input type="checkbox"/> Comportement face aux étrangers (prévention des abus sexuels) | <input type="checkbox"/> Visite chez le dentiste | <input type="checkbox"/> Éviter le contenu violent |
| | <input type="checkbox"/> Stimulation du développement (voir guide) | <input type="checkbox"/> Discipline : constance, conséquences naturelles, cohérence, temps de réflexion, renforcement positif |
| | <input type="checkbox"/> Petites responsabilités, autonomie | |
| | <input type="checkbox"/> Promotion de l'activité physique (1h/j) | |

IMPRESSION ET CONDUITE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2 ^e rappel dcaT-Polio | <input type="checkbox"/> Dépistage visuel (optométriste) si pas fait à l'examen physique |
| <input type="checkbox"/> Rappel vaccin antiméningocoque A, C, Y, W135 (Menactra [®] , Menveo [®] ou Nimenrix [®]) (*) | |

Signature : _____ Prochain R.-V. : _____



Suivi de l'enfant de 5 ans

Dossier n° : _____

Garçon Fille Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : _____ Garderie : Nbre d'enfants : _____ École: _____
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ?
 Autre: _____

NUTRITION

- Lait (2 verres de 8 oz, 500 ml/j)
 Jus frais ou pasteurisé (max 4-6 oz, 120-180 ml/j), q'té : _____
 Eau préférable au jus
 Fluor? Vitamine D : _____
- Supplément de vitamines ? _____
 Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires
 Collations nutritives
 Déjeuner avant l'école
- Hygiène des comportements alimentaires (s'assoir à table, ne pas manger devant la télé, éviter de grignoter et de récompenser avec la nourriture, respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant)

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT

- Sommeil : _____
 Pédale une bicyclette ± roues d'entraînement
 Dessine un bonhomme (6 parties)
 Lance et attrape une balle dans ses mains
 Raconte en respectant la chronologie des événements
- Prononce clairement ("ch", "j", "r", peuvent encore être escamotés)
 Entend bien
 Connait les principales couleurs
 Compte jusqu'à 10
 Reconnaît et écrit les lettres de son nom
- S'habille seul (boutons et fermetures éclair)
 Participe à des jeux imaginaires complexes
 Socialise bien
 S'intègre bien à l'école
 Se concentre bien

Comportement : _____

EXAMEN PHYSIQUE

- Poids : _____ perc : _____ Taille : _____ perc : _____ IMC : _____ perc : _____ TA ? : _____
- | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reflet rétinien | <input type="checkbox"/> Acuité visuelle (entre 3 et 5 ans) | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Membres (démarche) | <input type="checkbox"/> Marche talon-orteil |
| <input type="checkbox"/> Reflet cornéen | | <input type="checkbox"/> Coeur | <input type="checkbox"/> OGE | <input type="checkbox"/> Se tient sur 1 jambe |
| <input type="checkbox"/> Test de l'écran | | <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Téguments : _____ | 6 secondes |
| | | <input type="checkbox"/> Abdomen | | |

CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Sécurité (**ceinture de sécurité à l'arrière**, casque de vélo, intersection, protection solaire et saisonnière, noyade, apprentissage de l'adresse et du n° de téléphone)
 Hygiène dentaire (brossage et soie dentaire)
- Stimulation du développement (voir guide)
 Visite chez le dentiste
 Petites responsabilités, autonomie
 Promotion de l'activité physique (1h/j)
- Limite de temps télé et jeux vidéo (max 2h/j)
 Éviter le contenu violent
 Discipline : constance, conséquences naturelles, cohérence, temps de réflexion, renforcement positif

IMPRESSION ET CONDUITE

- 2^e rappel dcaT- Polio (si non reçu à 4 ans)**
- Rappel vaccin antiméningocoque A, C, Y, W135 si non reçu à 4 ans (Menactra[®], Mencev[®] ou Nimenrix[®]) (*)
- Dépistage visuel (optométriste?) si pas fait à l'examen physique**

Signature : _____

Prochain R.-V. : _____