



## Suivi de l'enfant de 18 mois +

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de l'examen (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_ NAM : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### Données de base

Sexe :  Garçon  Fille DDN de l'enfant (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Durée de gestation (semaines/jours) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Âge chronologique (MM/JJ) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge corrigé (MM/JJ) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Type de grossesse :  Simple  Multiple (préciser le nombre de fœtus et d'enfants nés vivants) : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'enfant bénéficie d'un suivi de routine ?  Non  Oui, nom et coordonnées du MD/IPS : \_\_\_\_\_

L'enfant est accompagné par :  Mère  Père  Parents  Autre : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire d'un programme de soutien ?  Non  Oui — OLO (1 000 jours...)  Oui — SIPPE

Oui — Suivi régulier en réadaptation  Oui — autre : \_\_\_\_\_

Âge de la mère à la naissance de l'enfant :  20 ans et plus  Moins de 20 ans

Test de dépistage auditif à la naissance :  Fait — normal  Fait — anormal, suivi effectué : \_\_\_\_\_  Non fait  Ne sait pas

APGAR à 5 minutes (voir carnet de santé) : \_\_\_\_\_

### Préoccupations parentales

	O	N		O	N
Est-ce que vous pensez que votre enfant entend normalement ?			Êtes-vous préoccupé(e) par la façon dont votre enfant agit avec les autres ?		
Êtes-vous préoccupé(e) par la façon dont votre enfant parle ?			Êtes-vous préoccupé(e) par certains comportements de votre enfant ?		
Êtes-vous préoccupé(e) par la façon dont votre enfant comprend ce que vous lui dites ?			Est-ce que vous trouvez que votre enfant n'est plus capable de faire certaines choses qu'il pouvait faire ou dire auparavant ?		
Êtes-vous préoccupé(e) par la façon dont votre enfant marche ou grimpe ?			Autre(s) préoccupation(s) ou commentaires ? _____ _____		
			<input type="checkbox"/> Les parents ne présentent plus d'inquiétudes après la discussion.		

### Contexte de vie et déterminants sociaux

#### Structure familiale — L'enfant vit avec...

Ses deux parents  Mère seulement  Père seulement

En garde partagée

En famille d'accueil

Dans un autre contexte : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### L'enfant fréquente-t-il un service de garde éducatif ?

Oui — CPE  Oui — Privé subventionné

Oui — Privé non subventionné

Oui — Milieu familial affilié (au bureau coordonnateur)

Oui — Milieu familial non affilié (au bureau coordonnateur)

Non — À la maison avec le(s) parent(s)

Non — Gardé à la maison par une autre personne que les parents : \_\_\_\_\_

#### Connaissance des langues officielles par les parents

Français seulement  Anglais seulement  Français et anglais

Aucune des deux langues officielles du Canada

#### Avez-vous peur de manquer de ressources pour nourrir votre enfant ?

Jamais  Parfois  Souvent

#### À votre avis, avez-vous suffisamment de soutien de votre entourage (conjoint, famille, réseau social) pour vous permettre de prendre soin de votre enfant comme vous le souhaitez ?

Oui, suffisant  Non, insuffisant

Commentaires : \_\_\_\_\_

## Nutrition et habitudes de vie actuelles

		O	N			O	N
Est-il allaité ?			Si oui, nbre de tétées/24 h :		Mange-t-il des aliments des 3 groupes alimentaires ?		Si non, préciser :
Prend-il un supplément de vitamine D ?			Si oui, dose (UI/j) : (400 UI/j)		Mange-t-il des aliments de différentes textures ?		Si non, préciser :
Boit-il du lait de vache entier (3,25 %) ?			Si oui, qté (ml/24 h) : (Max 20 oz ou 600 ml/24 h) Si non, précisez pourquoi le lait de vache n'est pas offert :		Suit-il une diète végétarienne ?		
Consomme-t-il d'autres types de lait ?			Si oui, types : Si oui, qté (ml/24 h) :		Dort-il habituellement entre 11 et 14 h par 24 h (incluant le sommeil de nuit et les siestes) ?		Si non, préciser le nombre d'heures/24 h :
Boit-il encore au biberon ?					Est-il exposé aux écrans (télé, tablette, téléphone) ?		Si oui, préciser le nombre de minutes/24h :
Boit-il de l'eau au repas ?					Bouge-t-il au moins 3 h dans une journée type, incluant toutes les activités physiques de types et d'intensité variés ?		
Boit du jus ?			Si oui, qté (ml/24 h) : (à éviter)				

**Commentaires :** \_\_\_\_\_

## Surveillance du développement (utiliser l'âge corrigé pour les prématurés)

### 18 mois (16 mois et 15 jours à 19 mois et 14 jours)

		O	N			O	N			O	N
Sourit lorsqu'une personne connue lui sourit				Dit au moins 18 mots (au besoin, consulter la liste de mots en annexe)				Gribouille avec un crayon			
Se retourne lorsqu'on l'appelle par son prénom ou son surnom				Comprend des consignes verbales simples non soutenues par un geste				Utilise seul la cuillère pour manger			
Regarde la personne dans les yeux lorsqu'elle lui parle				Pointe sur demande au moins une partie de son corps (« Où est ton nez, ta bouche », etc.)				Participe à l'habillage (place ses bras et ses jambes pour faciliter l'activité)			
Essaie d'obtenir votre attention pour vous montrer quelque chose				Essaie d'interagir avec d'autres enfants				Marche seul (sans soutien)			
Pointe du doigt pour montrer ou demander quelque chose				Imite ce que les adultes font en utilisant de vrais objets (parler au téléphone, passer le balai, etc.)				Monte et descend les marches d'un escalier debout avec aide (en tenant la main ou la rampe)			

### 15 mois (13 mois et 15 jours à 16 mois et 14 jours)

Regarde la personne dans les yeux lorsqu'elle lui parle				Dit au moins 3 mots (peuvent inclure papa et maman)				Ramasse de petits objets avec ses doigts (par exemple, pour s'alimenter seul)			
Pointe avec le doigt pour montrer ou demander quelque chose				Imite ce que les adultes font en utilisant de vrais objets (parler au téléphone, passer le balai, etc.)				Marche seul (sans soutien)			

### 21 mois (19 mois et 15 jours à 22 mois et 14 jours)

Regarde la personne dans les yeux lorsqu'elle lui parle				Comprend plusieurs consignes verbales simples non soutenues par un geste				Tourne les pages d'un livre			
Essaie d'obtenir votre attention pour vous montrer quelque chose				Pointe sur demande au moins une partie de son corps (« Où est ton nez, ta bouche », etc.)				Utilise seul la cuillère pour manger			
Pointe du doigt pour montrer ou demander quelque chose				Essaie d'interagir avec d'autres enfants				Participe à l'habillage (place ses bras et ses jambes pour faciliter l'activité)			
Dit au moins 45 mots				Imite ce que les adultes font en utilisant de vrais objets (parler au téléphone, passer le balai, etc.)				Marche seul (sans soutien)			
Gribouille avec un crayon								Monte et descend les marches d'un escalier debout avec aide (en tenant la main ou la rampe)			

24 mois (22 mois et 15 jours à 25 mois et 14 jours)

	O	N		O	N		O	N
Regarde la personne dans les yeux lorsqu'elle lui parle			Se fait comprendre à 50%			Utilise seul la cuillère pour manger		
Essaie d'obtenir votre attention pour vous montrer quelque chose			Comprend plusieurs consignes verbales simples non soutenues par un geste			Participe à l'habillage (place ses bras et ses jambes pour faciliter l'activité)		
Pointe du doigt pour montrer ou demander quelque chose			Essaie d'interagir avec d'autres enfants			A commencé à courir		
Combine 2 mots (par exemple, « veux lait »)			Imite ce que les adultes font en utilisant de vrais objets (parler au téléphone, passer le balai, etc.)			Monte et descend les marches d'un escalier debout avec aide (en tenant la main ou la rampe)		
			Trace des lignes avec un crayon					

Commentaires : \_\_\_\_\_

## Examen physique

Prendre note que seuls les éléments inclus dans les encadrés font partie de l'examen physique ciblé lors de la vaccination.

### Température (si justifié) :

\_\_\_\_\_

### Apparence générale

- Bon état général  
 Autre : \_\_\_\_\_

### Tête

Fontanelle antérieure :

- Fermée  Ouverte  Non palpée

### Yeux

Reflét rétinien :

- D  N.  aN.: \_\_\_\_\_  
 G  N.  aN.: \_\_\_\_\_  
 Non fait

Reflét cornéen :

- Reflét lumineux symétrique dans les deux yeux  
 Reflét lumineux asymétrique dans les deux yeux  
 Non fait

Test de l'écran modifié :

- N.  
 aN. \_\_\_\_\_  
 Non fait

Poursuite oculaire :

- Complète (de G à D ininterrompue)  
 Pauvre/incomplète : \_\_\_\_\_  
 Absente : \_\_\_\_\_  
 Non fait

### Dentition

- Pas d'évidence de carie(s)  
 Carie(s) dentaire(s) suspectée(s) : \_\_\_\_\_  
 Non fait

Commentaires : \_\_\_\_\_

### ORL

Nez :

- N.  aN.: \_\_\_\_\_

Gorge :

- N.  aN.: \_\_\_\_\_

Tympan :

- D  N.  aN.: \_\_\_\_\_

- G  N.  aN.: \_\_\_\_\_

### Cœur

- N.  aN.: \_\_\_\_\_

### Poumons

- N.  aN.: \_\_\_\_\_

### Abdomen

- N.  aN.: \_\_\_\_\_

### Examen neurologique sommaire

Tonus :

- Dans les limites normales  
 aN.: \_\_\_\_\_

Réflexes ostéotendineux (rotuléens) :

- D :  N.  Très vif  Clonies  
 Absent

- G :  N.  Très vif  Clonies  
 Absent

### Organes génitaux externes

- N.  aN.: \_\_\_\_\_

### Région sacrée

- N.  
 Dysraphisme spinal suspecté : \_\_\_\_\_  
 Non fait

### Téguments (peau)

- N.  
 Taches (couleur, nombre, taille et localisation) : \_\_\_\_\_  
 Non fait

### Démarche

- Normale — Se déplace en marchant debout, seul, sans soutien  
 Atypie — Démarche asymétrique  
 Atypie — Se déplace sur la pointe des pieds  
 Atypie — Marche avec aide (en tenant la main ou en prenant appui sur un objet)  
 Atypie — N'a pas acquis la marche autonome  
 Non observée

### Observations spontanées

Gestes de communication :

- Présents  Absents  Non observés

Interactions :

- Présentes  Absentes ou atypiques  
 Non observées

Compréhension des consignes :

- Adéquate  Inadéquate  
 Non observée

Comportement :

- Comportement adéquat

Inadéquat

- S'oppose  
 Agressif  
 Pleure de manière intense, incessante  
 Autre inadéquat : \_\_\_\_\_

Atypique

- Flapping  
 Autre atypie : \_\_\_\_\_  
 Comportement non observé

Autres observations :

- Oui : \_\_\_\_\_  
 Non

## Croissance

### Carnet de santé

Le carnet de santé est-il disponible aujourd'hui?  Oui  Non

### Paramètres de croissance à la naissance

PC (cm) : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_ Poids (g) : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_ Taille (cm) : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_ Rapport poids/taille : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_

### Paramètres de croissance mesurés lors de l'examen physique

PC (cm) : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_ Poids (kg) : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_ Taille (cm) : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_ Rapport poids/taille : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_

## Promotion des saines habitudes de vie et conseils préventifs

	Fait	Non fait	Non pertinent		Fait	Non fait	Non pertinent
<u>Favoriser la poursuite de l'allaitement</u>				<b>Encourager la fréquentation d'un service de garde éducatif de qualité (surtout si milieu défavorisé)</b>			
<u>Éviter le jus ; offrir de l'eau à la place</u>				Encourager l'éveil à la lecture			
<u>Offrir des aliments variés dans les 3 groupes alimentaires : légumes et fruits, produits de grains entiers et aliments protéinés</u>				Soutenir les habiletés parentales : attitude face aux crises de colère, discipline (constance entre les parents), patience face à l'entraînement à la propreté, etc.			
<u>Favoriser des comportements alimentaires sains : prévoir des repas et collations nutritives à des heures régulières, manger à table et non devant les écrans, éviter de récompenser avec de la nourriture, respecter les signaux de faim et de satiété de l'enfant</u>				<b>Encourager un environnement sans fumée</b>			
<u>Recommander le brossage des dents 2 fois/j avec du dentifrice fluoré (taille d'un grain de riz)</u>				<i>S'assurer de la sécurité de l'enfant : <b>siège d'auto, protection solaire et saisonnière, brûlures, étouffement, intoxication, noyade, supervision constante, exposition au bois traité à l'arsenic</b></i>			
Encourager le sevrage de la suce et du biberon				Encourager l'adoption d'une bonne posture de jeu au sol ou sur une chaise pour éviter les déformations des membres inférieurs. Ne pas laisser l'enfant s'asseoir sur ses jambes repliées sous ses fesses ou en « position en W ». Suggérer les pieds et les jambes étendus devant ou croisés			
<u>Éviter complètement les écrans avant l'âge de 2 ans (télé, tablette, téléphone)</u>				Proposer différentes ressources pour de l'information fiable concernant la santé et le développement (Info-santé 811, <i>Mieux vivre avec son enfant, Naitre et grandir</i> )			
<u>Encourager l'activité physique ≥ 3h/j (promotion d'un mode de vie actif)</u>				<b>Promouvoir la vaccination : soutien aux parents hésitants</b>			
<u>Encourager une bonne hygiène de sommeil (entre 11-14 h/24h)</u>							

**Commentaires :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Impression et conduite

### Impression générale à la suite de l'examen :

---



---



---



---

Conduites à tenir au terme de la surveillance du développement			Conduites générales à tenir au terme de l'ABCdaire 18 mois +		
	Fait	Non pertinent	<b>Immunisation :</b> <b>Vaccin antiméningocoque C :</b> <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Reporté <b>Vaccin combiné Hépatite A - Hépatite B :</b> <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Reporté <b>Vaccin combiné RRO – Varicelle :</b> <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Reporté <input type="checkbox"/> Autre(s) vaccin(s): _____ _____		
Offrir une réassurance aux parents				Fait	Non pertinent
Prodiguer des conseils sur la stimulation					
<b>Recommander la fréquentation d'un service de garde éducatif</b>					
Référer au MD/IPS qui assure le suivi de l'enfant pour une référence en audiologie					
Référer à l'optométriste					
Référer en nutrition					
<b>Obtenir le consentement du parent/tuteur</b>					
<b>Référer à la plateforme numérique de dépistage du développement</b>					
Autres conduites :	<input type="checkbox"/> Fait : _____ <input type="checkbox"/> Non pertinent		<b>Recommander des visites régulières chez le dentiste</b> (référer en priorité si suspicion de caries) Référer au professionnel MD ou IPS qui assure le suivi pédiatrique si anomalie(s) à l'examen physique Référer pour inscription au guichet d'accès à un médecin de famille si l'enfant ne bénéficie pas d'un suivi médical de routine Référer aux services psychosociaux (CISSS/CIUSSS local) Référer aux ressources communautaires Information ou documentation remise aux parents		

Signature : \_\_\_\_\_ Prochain RDV : \_\_\_\_\_