

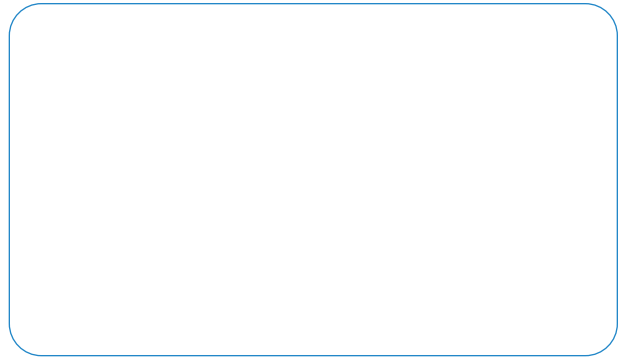


ABCdaire
suivi collaboratif
des 0 à 5 ans



**CHU
Sainte-Justine**
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université
de Montréal



Suivi de l'enfant de 12 mois

♂ ♀ Date de la visite: _____ Âge chrono: _____ Âge corr.: _____ Accompagné de: _____

Préoccupations parentales

Contexte de vie

- Type de milieu de garde?: _____ Changement dans la famille?: _____
- Revue du Questionnaire-Famille (déterminants sociaux)?: _____
- Santé mentale des parents? _____ Autres?: _____

Suivi de la santé et évolution récente

- Voyage récent ou prévu (2)? _____ Dacryosténose persistante? _____
- _____

Habitudes de vie actuelles

Nutrition

- Allaitement : nbr de boires/j _____
- Vit D 400 UI die
- Supplément de fer si prématuré? _____
- Lait 3,25% (500-600 ml ou max 16-20 oz/j) • Qté: _____
- Autre type de lait? (à éviter ad 2 ans): _____
- Eau en fin ou entre les repas dans tasse ouverte _____
- Boit du jus et/ou des boissons sucrées (à éviter):** _____
- Autres suppléments/produits naturels? _____
- Solides: **Céréales avec fer**: légumes, fruits, viandes, légumineuses, tofu, beurre de noix, **poisson riche en oméga 3**, œuf entier, fromage, yogourt

- Assiette équilibrée avec les 3 groupes dont ≥ 2 aliments riches en fer/j**
- Végétarisme ou autre régime? _____
- Difficulté avec certaines textures?: _____

Guidance

- Mange avec ses doigts en famille
- Sevrage du biberon** Horaire repas/collations stable
- Évitement des petits morceaux durs et surveillance en tout temps
- Réduction de l'appétit
- Respecter les signaux de faim et de satiété de l'enfant**
- Éviter poisson contenant du mercure

Sommeil: _____ Est exposé aux écrans? (éviter ad 2 ans) Oui Non Activité physique au sol?: _____

Surveillance du développement (âge corrigé pour prématurés)

Cognitif

- Reverse un contenant pour en sortir des objets
- Cherche les objets cachés (ex.: sous une couverture ou derrière un meuble)
- Explore les objets et l'effet qu'il produit par son action (secoue, lance, laisse tomber, cogne ensemble)
- Imite des gestes et des actions simples (ex.: bye bye ou bravo).

Physique et moteur

- Passe de la position couchée à la position assise sans aide
- Se tient debout avec soutien d'un adulte ou en prenant appui
- Marche en tenant les mains de l'adulte ou en se tenant aux meubles
- Saisit de petits objets ou de la nourriture (ex.: céréales) avec le bout du pouce et un autre doigt
- Peut déposer un objet sur une surface sans l'échapper (relâchement volontaire)
- Tient son gobelet ou verre à bec avec ses 2 mains

Langagier

- Comprend des mots dans des contextes précis, avec intonation de l'adulte et indices non-verbaux (ex.: si l'adulte dit « Où maman? », l'enfant regarde sa mère)
- Fait savoir ce qu'il veut avec des gestes ou une combinaison de gestes et de sons (ex.: tend la main ou pointe du doigt)
- Répète des séries de sons syllabiques (babillage, ex.: « mamama, papapa »)
- Imite les mimiques, les intonations et les sons

Surveillance du développement (âge corrigé pour prématurés) - suite

Social et affectif

- S'intéresse aux autres enfants, les observe, sourit ou rit en les regardant
- Recherche le réconfort d'un adulte significatif (ex. : tend les bras pour se faire prendre quand ça ne va pas)
- Partage son intérêt avec l'adulte en pointant du doigt, en regardant l'adulte pour avoir son attention (début de l'attention conjointe)
- Initie des jeux de type coucou ou cache-cache

Signes d'appel

- Bouge peu ou pas un côté de son corps par rapport à l'autre (utilisation asymétrique : évite d'utiliser une main, garde une main plus fermée que l'autre)
- Ne se déplace par aucun moyen (ne fait pas de 4 pattes, ne rampe pas)
- Ne réagit pas à l'appel de son prénom ou surnom (ne se retourne pas)
- Semble ne pas bien entendre Semble ne pas bien voir
- Perd une habileté qu'il avait déjà acquise (régression)

Examen physique (âge corrigé sur courbes de croissance si prématuré)

Poids : _____ Perc : _____ Taille : _____ Perc : _____ PC : _____ Perc : _____ P/T : _____

Apparence générale : _____

- Fontanelles, sutures
- Reflet rétinien
- Reflet cornéen
- Poursuite oculaire
- Test de l'écran modifié
- ORL : _____
Tympan : _____
- Dentition ?** : _____
- Cœur : _____
- Poumons : _____
- Abdomen : _____
- Membres : _____
- Hanches : symétrie de l'abduction : _____

- OGE : Hydrocèle (σ) ? : _____
Testis palpables ? (σ) ? : _____
- Téguments : _____
- Blessure(s) inhabituelle(s) ? : _____

MOTRICITÉ

- Se tient debout seul
- Marche seul ou avec aide
- Se déplace à quatre pattes

RÉFLEXES

- Parachute (+) symétrique
- ROT (présents et symétriques)

SIGNES D'APPEL D'UNE PARALYSIE CÉRÉBRALE : RÉFÉRENCE

- Fermeture serrée systématique 1 ou 2 poings
- Difficulté persistante du contrôle de la tête
- Asymétrie persistante de la posture et des mouvements
- Incapacité à s'asseoir sans soutien
- ⚠️ VIGILANCE ET SUIVI**
- Persistance du réflexe de Moro
- Démarche systématique sur la pointe des pieds ou asymétrique

Observations spontanées

Promotion des saines habitudes de vie et conseils préventifs

- Favoriser la poursuite de l'allaitement
- Éviter les écrans (télé, tablette, téléphone)
- Promotion activités physiques diverses (3h/j)
- Bonne hygiène du sommeil : 11-14 h/24 h
- Sommeil (routine stable, dans son lit, livre d'images)
- Brossage de dents avec grain de riz de dentifrice fluoré 2 fois/j
- Pas de biberon au lit
- Sécurité (siège d'auto pour enfant, brûlures, bain, prises électriques, protection solaire et saisonnière, luxation du coude, étouffement, intoxication et plantes toxiques)
- Discipline (constance des limites et cohérence entre les parents)
- Service de garde éducatif si milieu vulnérable
- Bonnes postures de jeu
- Stimulation du développement (document pour les parents)

Impressions et conduites

Impressions

- Santé physique : _____
- Croissance : _____
- Développement : _____
- Autre(s) impression(s) : _____

Conduites

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- Outils ou ressources pour les parents : _____
- _____
- _____

Conduite générale

Immunisation :

- Refusée Reportée À jour
- Vaccin RRO-varicelle
 - DCat-Polio-Hib
 - Vaccin antipneumocoque conjugué
 - Vaccin antiméningocoque A, C, Y, W₁₃₅ (*)
 - Vaccin antiméningocoque B (*)
 - Résultats dosage HBsAg et Anti-HBs (bébé de mère porteuse ? (*) si non fait)
 - Visites régulières chez le dentiste
 - Dosage de plomb sérique ? (*)
 - FSC, Ferritine si à risque (*)

Signature : _____ Prochain RDV : _____