



## Suivi de l'enfant de 9 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?: \_\_\_\_\_
- Soutien social?: \_\_\_\_\_  Insécurité alimentaire?: \_\_\_\_\_
- Santé mentale parentale: ouvrir la discussion (p. ex.: « Comment va votre moral ? ») \_\_\_\_\_
- Facteurs de stress (séparation, maladie, décès, abus de substances, etc.)?: \_\_\_\_\_

### Suivi de la santé et évolution récente

- Voyage récent ou prévu (2)? \_\_\_\_\_
- Histoire de blessure ou « lésion sentinelle »? \_\_\_\_\_
- Autres? \_\_\_\_\_

### Habitudes de vie actuelles

#### Nutrition

- Allaitement: nbr de boires/j** \_\_\_\_\_
- Vit D 400 UI die: bébé allaité
- Supplément de fer si prématuré?** \_\_\_\_\_
- Préparation commerciale pour nourrisson avec fer (25-28 oz ou 750-850 ml/j)**  
Qté: \_\_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_ Dilution adéquate?: \_\_\_\_\_
- Lait 3,25%? \_\_\_\_\_ Qté? (max 750 ml/j): \_\_\_\_\_
- Eau en fin ou entre les repas dans tasse ouverte \_\_\_\_\_
- Éviter jus et boissons sucrées:** \_\_\_\_\_
- Végétarisme ou autre régime? \_\_\_\_\_  DME? \_\_\_\_\_
- Autres suppléments/produits naturels? \_\_\_\_\_

- Solides: Viandes et substituts, incluant œuf entier, légumineuses, tofu, beurre de noix et **poisson riche en oméga 3** \_\_\_\_\_  
*Céréales avec fer:* \_\_\_\_\_  
Légumes: \_\_\_\_\_ Fruits: \_\_\_\_\_  
Yogourt, fromage \_\_\_\_\_

#### Guidance

- Progression des textures (aliments hachés finement)
- Aliments de table acquis à 1 an, petits morceaux tendres avec les doigts
- Durée repas max 20-25 min, *surveillance en tout temps*
- Respecter 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)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pleure quand parents hors de vue    | <input type="checkbox"/> S'assoit de façon stable                       | <input type="checkbox"/> Fait bravo                       |
| <input type="checkbox"/> Tend les bras pour se faire prendre | <input type="checkbox"/> Se tourne du ventre au dos et du dos au ventre | <input type="checkbox"/> Cherche un jouet caché           |
| <input type="checkbox"/> Touche le visage du parent          | <input type="checkbox"/> Se tient debout avec soutien                   | <input type="checkbox"/> Se retourne à l'appel de son nom |
|  | <input type="checkbox"/> Ramasse avec toute sa main                     | <input type="checkbox"/> Lallation (PAPAPA, MAMAMA)       |

---



---

# Suivi de l'enfant de 9 mois (suite)

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

Poids: \_\_\_\_\_ Perc: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_ Perc: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ Perc: \_\_\_\_\_ P/T: \_\_\_\_\_

Apparence générale: \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fontanelles, sutures</li> <li><input type="checkbox"/> Forme de la tête</li> <li><input type="checkbox"/> Reflet rétinien</li> <li><input type="checkbox"/> Reflet cornéen</li> <li><input type="checkbox"/> Poursuite oculaire</li> <li><input type="checkbox"/> Test de l'écran modifié</li> <li><input type="checkbox"/> ORL: _____</li> <li>Tympan: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Dentition? _____</li> <li><input type="checkbox"/> Cœur: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Poumons: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Abdomen: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Membres: _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hanches: symétrie de l'abduction _____</li> <li><input type="checkbox"/> OGE: testis palpables? (σ) _____</li> <li><input type="checkbox"/> Anus: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Téguments: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Blessures? : _____<br/>(Ecchymose, lésion intra-orale, hémorragie sous-conjonctivale ou autre)</li> </ul> <p><b>TONUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assoit de façon stable (protection)</li> <li><input type="checkbox"/> Se tient debout avec soutien</li> </ul> <p><b>RÉFLEXES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Parachute (+) symétrique</li> </ul> |
|--|---|

- ▶ SIGNES D'APPEL D'UNE PARALYSIE CÉRÉBRALE: RÉFÉRENCE**
- Préférence systématique pour une main spécifique
  - 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
  - Raideur/tension dans les jambes (ex.: ne peut amener les orteils à la bouche)
- ⚠ VIGILANCE ET SUIVI**
- Persistance du réflexe de Moro

### Observations spontanées

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Promotion des saines habitudes de vie et conseils préventifs

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Favoriser la poursuite de l'allaitement</li> <li><input type="checkbox"/> Éviter écrans (télé, tablette, téléphone)</li> <li><input type="checkbox"/> Position ventrale 30 min/jour en période d'éveil</li> <li><input type="checkbox"/> Bonne hygiène du sommeil: 12-15 h/24 h</li> <li><input type="checkbox"/> Brossage des dents avec grain de riz de dentifrice fluoré</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pas de biberon au lit</li> <li><input type="checkbox"/> Sécurité (siège d'auto pour enfant, escaliers, brûlures, bain, prises électriques, protection solaire et saisonnière, matelas du lit à barreaux baissé, étouffement, intoxication)</li> <li><input type="checkbox"/> Éveils nocturnes et anxiété de séparation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Service de garde éducatif si milieu vulnérable</li> <li><input type="checkbox"/> Évitement des mauvaises positions assises ou couchées</li> <li><input type="checkbox"/> Éveil à la lecture</li> <li><input type="checkbox"/> Stimulation du développement (document pour les parents)</li> <li><input type="checkbox"/> Discuter de la prochaine vaccination</li> </ul> |
|--|---|--|

## Impressions et conduites

### Impressions

- Santé physique : \_\_\_\_\_
- Croissance : \_\_\_\_\_
- Développement : \_\_\_\_\_
- Autre(s) impression(s) : \_\_\_\_\_

### Conduites

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Conduite générale

- Résultats du dosage HBsAg et anti-HBs (bébé de mère proteuse chronique? (\*))
- FSC, Ferritine si autres enfants à risque (\*)
- Programme SIPPE si parent sous seuil de faible revenu ET au moins 1 facteur de risque: sous-scolarisation et/ou isolement social (\*)
- Outils ou ressources pour les parents : \_\_\_\_\_

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

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

Recommandations: gras = A, italique = B, caractère ordinaire = C ou I, **souligné** = bonnes pratiques en prévention clinique du MSSSQ.

Par Gilles Brunet, MD, Gilles Cossette, IPSPL, Dominique Cousineau, MD, FRCPC, et Danièle Lemieux, MD, Lise Bélanger, MD, FRCPC, Alena Valderrama, MD, FRCPC, Julie Poirier, IPSPL © 2019 CHU Sainte-Justine