



Suivi de l'enfant de 4 mois

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

Préoccupations parentales

Contexte de vie

- Retour prévu au travail ? : _____ 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 exclusif ?** Allaitement mixte ?
Nbre de boires/j: _____
- Vit D 400 UI die: bébé allaité ou prématuré
- Supplément de fer si prématuré*
- Préparation commerciale pour nourrisson avec fer (28-33 oz ou 850-1000 ml/j)*
Qté: _____ Type: _____
- Autre apport: _____

- Autres suppléments/produits naturels ? _____
- Selles: _____
- Régurgitations: _____

Guidance

- Introduction des solides: attendre signes de maturité
- Discuter du calendrier d'introduction des solides, **incluant aliments allergènes (arachides œufs) vers 6 mois**

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"/> Se calme à la voix | <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 |
| | | <input type="checkbox"/> Anticipe les routines (p. ex.: bruit de l'eau avant le bain) |

Suivi de l'enfant de 4 mois (suite)

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

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

Apparence générale: _____

Fontanelles, sutures

Forme de la tête

Reflet rétinien

Reflet cornéen

Poursuite oculaire

ORL: _____

Cou (torticolis?): _____

Cœur: _____

Poumons: _____

Abdomen: _____

Membres: _____

Hanches (symétrie de l'abduction) _____

OGE (testicules): _____

Téguments: _____

Blessures?: _____

(Ecchymose, lésion intra-orale, hémorragie sous-conjonctivale ou autre)

POSITION DORSALE

Mouvements fluides et symétriques des membres

POSITION VENTRALE

Lève la tête à 90° avec appui sur avant-bras

TIRÉ ASSIS

Parfait contrôle de la tête

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

Observations spontanées

Promotion des saines habitudes de vie et Conseils préventifs

Soutien à l'allaitement

Éviter écrans (télé, tablette, téléphone)

Position ventrale 30 min/jour en période d'éveil

Bonne hygiène du sommeil: 12-15 h/24 h

Aucun solide précoce dans le biberon

Sécurité (siège d'auto, chutes, marchette, étouffement, brûlures, pyjama ininflammable, **protection solaire**)

Sommeil sur le dos uniquement (établir routine)

Tabagisme passif

Prévention plagiocéphalie

Stimulation du développement (document pour les parents)

Éruption dentaire

Conduite si étouffement

Impressions et conduites

Impressions

Santé physique : _____

Croissance : _____

Développement : _____

Autre(s) impression(s) : _____

Conduites

Conduite générale

Immunisation :

Refusée Reportée

DCaT-HB-Polio-Hib

Vaccin anti-rotavirus

Vaccin antipneumocoque conjugué

Vaccin antiméningocoque A, C, Y, W₁₃₅ ()*

Vaccin antiméningocoque B ()*

Palivizumab (Synagis®) si éligible

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