

## Suivi de l'enfant de 4 ans

♂ Garçon  ♀ Fille  Date de la visite: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Accompagné de: \_\_\_\_\_

### Préoccupations parentales

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Contexte de vie

- Type de milieu de garde?: \_\_\_\_\_  Prématurée?: \_\_\_\_\_
- 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)? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Habitudes de vie actuelles

#### Nutrition

- Lait de vache (3,25 % ou 2 %) ou de soya enrichi vit D non aromatisé:  
(max 16 oz ou 500 ml/jour): \_\_\_\_\_
- Boit du jus ou des boissons sucrées? (à éviter)** \_\_\_\_\_
- Eau en fin ou entre les repas?: \_\_\_\_\_
- Vitamine D (400 UI/j): \_\_\_\_\_
- Autres suppléments/produits naturels? \_\_\_\_\_
- Végétarisme ou autre régime? \_\_\_\_\_
- Assiette équilibrée avec les 3 groupes alimentaires?** \_\_\_\_\_
- Durée repas max 20-25 min \_\_\_\_\_

**Sommeil (nb hres/24 h)?** \_\_\_\_\_ **Exposition aux écrans (nb min./j)?** \_\_\_\_\_ **Activités physiques diverses (nb hres/j)?** \_\_\_\_\_

### Surveillance du développement

#### Cognitif

- Copie le cercle et la croix (sans démonstration)
- Dessine un bonhomme en représentant au moins quatre parties du corps (ex.: tête, yeux, nez, bouche, bras et jambes)
- Connaît la différence entre garçon et fille (ex.: peut dire qui sont des garçons dans le groupe)
- Nomme quatre couleurs
- Compte au moins quatre objets
- Comprend certains concepts opposés: « long/court », « en arrière/en avant », « près/loin », « dedans/dehors »
- Joue à faire semblant: crée des scénarios plus détaillés où il peut se donner plusieurs rôles (ex.: parent, conjoint et docteur)
- Conversation spontanée avec l'enfant:** \_\_\_\_\_

#### Physique et moteur

- Se tient debout sur un seul pied pendant au moins 4 secondes sans appui
- Attrape un ballon qu'on lui lance, en allongeant les bras
- Stabilise son papier lorsqu'il dessine
- Utilise une main de façon préférentielle
- Mange son repas sans aide et proprement, en utilisant les ustensiles
- Se déshabille et s'habille sans aide, sauf pour les boutons, certaines fermetures-éclair ou vêtements serrés (ex.: peut mettre son manteau seul)

#### Langagier

- Comprend les consignes verbales plus longues et plus complexes (ex.: « Donne-moi ton chapeau, tes bottes et tes mitaines »)
- Peut poser et répondre à différents types de questions (ex.: « Pourquoi? », « Quand? »)
- Utilise des verbes conjugués diversifiés (ex.: « le bébé est tombé », « Maman vient tantôt »)
- Utilise adéquatement « moi », « toi » et les pronoms « je », « tu », « il », « elle », « on », « i » et « a » peuvent remplacer « elle » et « il »)
- Raconte une courte histoire en 2 ou 3 phrases
- Parle assez clairement pour se faire comprendre la plupart du temps, sans répéter les sons ou les mots

## Surveillance du développement - suite

### Social et affectif

- Joue avec les autres enfants dans un but commun (ex. : réalise une construction de blocs avec les autres enfants)
- Accepte de mettre fin à une activité lorsque l'adulte lui demande
- Peut attendre son tour (ex. : tour de parole à la causerie, jeu de table)
- Essaie de réconforter un autre enfant en reproduisant le comportement de l'adulte dans le même contexte (ex. : apporte un jouet, utilise des mots doux)
- Exprime ses émotions avec des mots (ex. : « Je suis fâché »)

### 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)
- A des difficultés dans les escaliers ou à la marche (chutes fréquentes, perte d'équilibre, maladresse, marche toujours sur la pointe des pieds)
- Ne regarde pas la personne lorsqu'elle lui parle (contact visuel)
- Semble ne pas bien entendre
- Semble ne pas bien voir
- Perd une habileté qu'il avait déjà acquise (régression)

## Examen physique

Poids : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_ Perc : \_\_\_\_\_ TA : \_\_\_\_\_

Apparence générale : \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Reflet rétinien</li> <li><input type="checkbox"/> Reflet cornéen</li> <li><input type="checkbox"/> Test de l'écran</li> <li><input type="checkbox"/> Acuité visuelle (entre 3-5 ans)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tension artérielle (mmHg) : _____</li> <li><input type="checkbox"/> ORL</li> <li style="padding-left: 20px;">Tympan : _____</li> <li><input type="checkbox"/> Dentition (caries ?) : _____</li> <li><input type="checkbox"/> Cœur</li> <li><input type="checkbox"/> Poumons</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Abdomen</li> <li><input type="checkbox"/> OGE</li> <li><input type="checkbox"/> Membres inférieurs</li> <li><input type="checkbox"/> Téguments : _____</li> <li><input type="checkbox"/> Blessure(s) inhabituelle(s) ? : _____</li> <li><input type="checkbox"/> Démarche : _____</li> </ul> |
|---|--|--|

### Observations spontanées

## Promotion des saines habitudes de vie et conseils préventifs

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <u>Éviter le jus, offrir de l'eau à la place</u></li> <li><input type="checkbox"/> <u>Offrir assiette équilibrée avec les 3 groupes alimentaires, dont ≥ 2 riches en fer/j : légumes et fruits, produits céréaliers de grains entiers, aliment protéinés</u></li> <li><input type="checkbox"/> <u>Favoriser des comportements alimentaires sains : horaire stable des repas/collations nutritives, faire participer l'enfant à leur préparation, manger à table SANS écran, éviter des récompenses avec de la nourriture, respecter les signaux de faim/satiété de l'enfant</u></li> <li><input type="checkbox"/> <u>Hygiène dentaire : soie dentaire et brossage 2 fois/j avec du dentrifice fluoré (taille d'un petit pois)</u></li> <li><input type="checkbox"/> Encourager un environnement sans fumée</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <u>Limite du temps écran avec accompagnement et contenu éducatif (max 1h/j)</u></li> <li><input type="checkbox"/> <u>Encourager l'activité physique ≥ 3h/j (promotion d'un mode vie actif)</u></li> <li><input type="checkbox"/> <u>Encourager une bonne hygiène de sommeil (&gt; 10 h/24h)</u></li> <li><input type="checkbox"/> <u>Service de garde éducatif si milieu vulnérable</u></li> <li><input type="checkbox"/> Encourager l'éveil à la lecture</li> <li><input type="checkbox"/> Éviter les émissions violentes</li> <li><input type="checkbox"/> Soutenir les habiletés parentales : attitude face aux crises de colère, discipline (constance entre les parents), etc.</li> <li><input type="checkbox"/> Petites responsabilités, autonomie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer de la sécurité de l'enfant : <b>siège d'appoint en voiture si &gt; 18 kg, VTT, casque de vélo, feux de circulation, traverse de la rue, noyade, trampoline, protection solaire et saisonnière.</b></li> <li><input type="checkbox"/> Comportement face aux étrangers (prévention des abus sexuels)</li> <li><input type="checkbox"/> Stimulation du développement (document pour les parents)</li> <li><input type="checkbox"/> Proposer des ressources pour de l'information fiable concernant la santé et le développement (Info-santé 811, <i>Mieux vivre avec son enfant</i>, Naître et grandir)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Promouvoir la vaccination : soutien aux parents hésitants.</b></li> </ul> |
|---|---|---|

## Impressions et conduites

### Impressions

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

### Conduites

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Conduite générale

- Immunisation :**
- Refusée  Reportée  À jour
- 2<sup>e</sup> rappel dcaT-Polio**
  - 2<sup>e</sup> vaccin anti-varicelle si non donné**
  - Rappel vaccins antiméningocoque A, C, Y, W<sub>135</sub> et antiméningocoque B (\*)**
  - Visites régulières chez le dentiste (en priorité si caries)**
  - Dépistage visuel (optométriste) si pas fait à l'examen physique**
  - Dépistage lipidique si non fait ? (\*)
  - Référence nutritionniste si embonpoint ou obésité**
  - Dosage de plomb sérique ? (\*)
  - Évaluation en audiologie si retard de langage et/ou acuité douteuse
  - Outils ou ressources pour les parents :

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