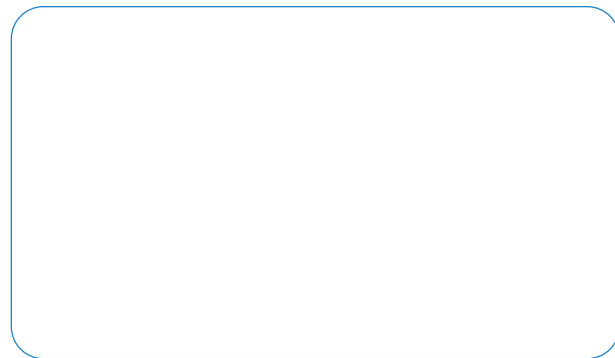




## Suivi de l'enfant de 6 mois

♂ ☐ ♀ ☐ Date de la visite: \_\_\_\_\_ Âge chrono: \_\_\_\_\_ Âge corr.: \_\_\_\_\_ Accompagné de: \_\_\_\_\_

### Préoccupations parentales

---

---

---

---

---

---

### Contexte de vie

☐ Type de milieu de garde?: \_\_\_\_\_ ☐ Changement dans la famille?: \_\_\_\_\_

☐ Santé mentale parentale: ouvrir la discussion (p. ex.: « Comment va votre moral? ») \_\_\_\_\_

☐ Revue du Questionnaire-Famille (déterminants sociaux)?: \_\_\_\_\_

☐ Autres: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

### Suivi de la santé et évolution récente

☐ Persistance de strabisme? \_\_\_\_\_ ☐ Voyage récent ou prévu (2)? \_\_\_\_\_

☐ Histoire de blessure ou « lésion sentinelle »? \_\_\_\_\_

☐ Maladie récente? \_\_\_\_\_

☐ Autres? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

# Suivi de l'enfant de 6 mois

## Habitudes de vie actuelles

### Nutrition

- ☐ **Allaitement exclusif ?** ☐ Allaitement mixte ?  
Nbre de boires/j : \_\_\_\_\_
- ☐ Vitamine D : allaité (400 U.I./j) ou biberon exclusif ( 400 U.I./j, toutes sources confondues)
- ☐ Supplément de fer si prématuré ? \_\_\_\_\_
- ☐ Préparation commerciale pour nourisson avec fer (28-33 oz ou 850-1000 ml/j)  
Qté : \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_ Dilution adéquate ? : \_\_\_\_\_
- ☐ Eau en fin ou entre les repas, dans tasse ouverte : \_\_\_\_\_
- ☐ **Éviter jus et boissons sucrées :** \_\_\_\_\_
- ☐ Suppléments/produits naturels ? \_\_\_\_\_
- ☐ Végétarisme ou autre régime ? \_\_\_\_\_ ☐ DME ? \_\_\_\_\_

### Guidance

- ☐ Introduction des solides : Commencer par les aliments riches en fer 2 fois/jour (*viandes et substituts, céréales commerciales pour bébé enrichies de fer*)
- ☐ *Ne pas retarder l'introduction des autres aliments allergènes pour tous : soya, blé, noix, sésame, crustacés, etc.*
- ☐ Donner document « Manger tôt, manger souvent » de Allergies alimentaires Canada
- ☐ Textures : commencer par des aliments écrasés, émincés, râpés avant 9 mois (*surveillance en tout temps re : étouffement*)
- ☐ Stimuler exploration avec les doigts
- ☐ Durée repas max 20-25 min.
- ☐ Pas de miel avant un an ☐ Éviter poisson contenant du mercure
- ☐ **Respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant**

**Sommeil :** \_\_\_\_\_ **Est exposé aux écrans ? (éviter ad 2 ans)** Oui ☐ Non ☐ **Activité physique au sol ? :** \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Surveillance du développement (âge corrigé pour prématurés)

- |                                                                        |                                                                    |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manifeste une peur de l'étranger              | <input type="checkbox"/> Tient assis jambes écartées (instable)    | <input type="checkbox"/> Se tourne à la voix, à son prénom (audition) |
| <input type="checkbox"/> Regarde la trajectoire des objets qui tombent | <input type="checkbox"/> Rampe vers l'arrière                      | <input type="checkbox"/> Babille, 1 <sup>res</sup> syllabes (DA, MA)  |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> Saisit les objets volontairement          |                                                                       |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> Transfère les objets d'une main à l'autre |                                                                       |

Autres : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Suivi de l'enfant de 6 mois

## 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
- ☐ Test de l'écran modifié
- ☐ ORL: \_\_\_\_\_

Tympan: \_\_\_\_\_

### ☐ Dentition ?

☐ Cou (torticlis?): \_\_\_\_\_

☐ Cœur: \_\_\_\_\_

☐ Poumons: \_\_\_\_\_

☐ Abdomen: \_\_\_\_\_

☐ Hanches: symétrie de l'abduction \_\_\_\_\_

☐ Membres: \_\_\_\_\_

☐ OGE: \_\_\_\_\_

Testis palpables? (σ) \_\_\_\_\_

☐ Anus: \_\_\_\_\_

☐ Téguments: \_\_\_\_\_

☐ Blessures?: \_\_\_\_\_

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

### POSITION DORSALE

☐ Prend objets à sa portée

### POSITION VENTRALE

☐ Bouge en « pivot » sur le ventre

### TIRÉ ASSIS

☐ Tête et dos droits

### POSITION ASSISE

☐ Instable



### 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
  - ☐ Raideur/tension dans les jambes (ex.: ne peut amener les orteils à la bouche)
-  **VIGILANCE ET SUIVI**
- ☐ Persistance du réflexe de Moro

## Observations spontanées et autres détails relatifs à l'examen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Promotion des saines habitudes de vie et Conseils préventifs

- |                                                                           |                                                                                   |                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Favoriser poursuite de l'allaitement             | <input type="checkbox"/> Service de garde éducatif si milieu vulnérable           | <input type="checkbox"/> Pas de biberon au lit                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Éviter écrans (télé, tablette, téléphone)        | <input type="checkbox"/> Éveil à la lecture                                       | <input type="checkbox"/> Brossage dès 1 <sup>re</sup> dent avec grain de riz dentifrice fluoré 2 fois/jour                                                    |
| <input type="checkbox"/> Position ventrale 30 min/jour en période d'éveil | <input type="checkbox"/> Stimulation du développement (document pour les parents) | <input type="checkbox"/> Sécurité (siège d'auto, chutes, brûlures, bain, prises électriques, étouffement et formation RCR, protection solaire et saisonnière) |
| <input type="checkbox"/> Bonne hygiène du sommeil: 12-15 h/24 h           | <input type="checkbox"/> Prévention TSAF (éviter ROH si grossesse future)         | <input type="checkbox"/> Centre anti-poison 1-800-463-5060                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Éveils nocturnes et anxiété de séparation        |                                                                                   |                                                                                                                                                               |

Autres conseils donnés: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Suivi de l'enfant de 6 mois

## Impressions et conduites

### Impressions

☐ Santé physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Croissance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Développement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Autre(s) impression(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Conduites spécifiques

- ☐ Mettre à jour **Recueil des données de base au besoin** (nouvelle info sur la famille: contexte de vie, santé, etc)
- ☐ Si enfant nouvellement arrivé au Canada, consulter les documents spécifiques dans la section « Suivis particuliers »

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Conduites spécifiques

#### Immunisation :

- Refusée ☐ Reportée ☐ À jour ☐
- ☐ **DCaT-Polio-Hib (seulement enfant à risque)(\*)**
- ☐ **3e vaccin anti-hépatite B (bébé de mère porteuse chronique)(\*)**
- ☐ *Vaccin anti-grippal (\*)*
- ☐ *Vaccin antipneumocoque conjugué (si à risque)(\*)*
- ☐ **Nirsevimab (Beyfortus®) en saison VRS (si à risque[\*])**
- ☐ *FSC, Ferritine si prématuré ou pds de naissance < 2500 gr (\*)*
- ☐ **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 : \_\_\_\_\_

## Suivi de l'enfant de 6 mois | Notes supplémentaires

[illegible]