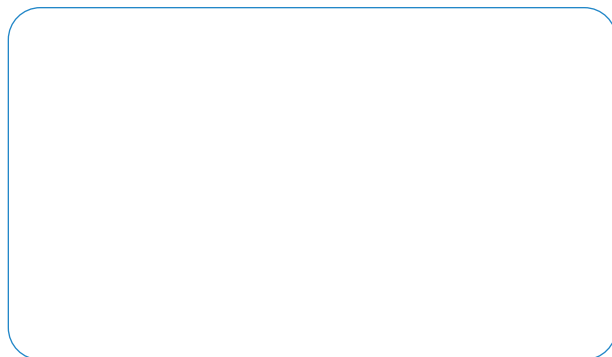




Suivi de l'enfant de 2 mois

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

Préoccupations parentales

Contexte de vie

- ☐ Retour prévu au travail ? _____
- ☐ Soutien social ? _____
- ☐ Santé mentale parentale: ouvrir la discussion (p. ex.: « Comment va votre moral ? ») _____
- ☐ Changement dans la famille ? : _____
- ☐ Insécurité alimentaire ? : _____
- ☐ Facteurs de stress (séparation, maladie, décès, abus de substances, etc) ? _____
- ☐ Pratiques culturelles particulières?? _____

Autres ? _____

Suivi de la santé et évolution récente

- ☐ Voyage récent ou prévu (2) ? _____
- ☐ Histoire de blessure ou « lésion sentinelle » ? _____
- ☐ Maladie récente ? _____

Autres ? _____

Suivi de l'enfant de 2 mois (suite)

Habitudes de vie actuelles

Nutrition

☐ **Allaitement exclusif ?** ☐ Allaitement mixte ?

Nbre de boires/j : _____

☐ Vitamine D: prématuré (200U.I./kg/j, max 400 U.I./j), 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 (16-30 oz ou 500-900 ml/j)

Qté: _____ Type: _____

☐ Autre apport : _____

☐ Eau non nécessaire si allaitement exclusif

☐ Autres suppléments/produits naturels ? _____

☐ Autres produits traditionnels? (ex : Khôl) _____

☐ Mictions (nbre ?) :

☐ Selles (nbre ?) :

☐ Régurgitations ?

☐ Étouffement lors des boires ? _____

Guidance

☐ Introduction des solides : attendre

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

Autres ? _____

Surveillance du développement (âge corrigé pour prématurés)

☐ Pleure ≤ 3 h/jour, surtout en soirée

☐ Sourit en réponse au sourire ou à la voix

☐ Suit du regard un objet à 30 cm

☐ **Dépistage auditif fait ?**

☐ Sur le ventre, lève la tête à 45°

☐ Réagit aux sons ?

☐ Roucoule

Autres ? _____

Suivi de l'enfant de 2 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
- ☐ ORL
- ☐ Cou (torticlis ?)
- ☐ Cœur
- ☐ Poumons

- ☐ Abdomen
- ☐ Membres
- ☐ Hanches (Ortolani Barlow)
- ☐ OGE (testicules)
- ☐ Téguments (jaunisse): _____
(ictère anormal dans tous les cas)
- ☐ Blessures ? : _____
(Ecchymose, lésion intra-orale,
hémorragie sous-conjonctivale ou autre)

POSITION DORSALE

- ☐ Tourne la tête des deux côtés
- ☐ Mouvements fluides et symétriques des membres

POSITION VENTRALE

- ☐ Lève la tête à 45° avec appui sur avant-bras

TIRÉ ASSIS

- ☐ Meilleur contrôle de tête

Observations spontanées et autres détails relatifs à l'examen

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: 14-17 h/24 h
- ☐ Aucun solide précoce dans le biberon
- ☐ Sécurité (siège d'auto, chutes, étouffement, pyjama ininflammable, protection solaire)
- ☐ Sommeil sur le dos uniquement
- ☐ Tabagisme passif
- ☐ Prévention TSAF (éviter ROH grossesse future)
- ☐ Prévention plagiocéphalie
- ☐ Cesser emmaillotage
- ☐ Hygiène nasale/Conduite en cas de fièvre
- ☐ Stimulation du développement (document pour les parents)

Autres conseils donnés: _____

Suivi de l'enfant de 2 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 générales

Immunisation :

Refusée ☐ Reportée ☐ À jour ☐

☐ **DCaT-HB-Polio-Hib**

☐ **Vaccin anti-rotavirus**

☐ **Vaccin antipneumocoque conjugué**

☐ *Vaccin antiméningocoque quadrivalent Men-C-ACWY (*)*

☐ *Vaccin antiméningocoque B (*)*

☐ **Nirsevimab (Beyfortus®) en saison VRS (si non donné)**

☐ **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 2 mois | Notes supplémentaires

[illegible]