

Évolution du développement (âge corrigé pour prématurés) - suite

Social et affectif

- Joue en compagnie des autres enfants (jeu principalement parallèle)
- Joue et explore activement son environnement, à distance de l'adulte
- Démonstre plusieurs types d'émotions (ex.: est-ce qu'il est parfois gêné, fier, honteux, heureux, fâché?)
- Aime faire des tâches de façon autonome
- S'affirme en exprimant son désaccord (ex.: « Veux pas » (ruma-nngi [t]))
- Demande de l'aide en s'adressant à l'adulte

Signes d'appel

- Reste en colère plus longtemps que les autres enfants du même âge (frappe, crie, brise des objets, mord).
- 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)
- Ne peut pas marcher sans aide.
- Marche toujours sur la pointe des pieds
- Ne regarde pas la personne lorsqu'elle lui parle (contact visuel)
- Ne démontre aucun intérêt pour les adultes ou les enfants qui l'entourent
- Ne pointe pas avec le doigt pour demander ou montrer
- Semble ne pas bien entendre. Semble ne pas bien voir
- Perd une habileté qu'il avait déjà acquise (régression)

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

Poids: _____ Perc: _____ Taille: _____ Perc: _____ IMC: _____ Perc: _____

*** Penser à rechercher une tuberculose active si retard staturo-pondéral

Apparence générale: _____

- | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reflet rétinien | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Abdomen |
| <input type="checkbox"/> Reflet cornéen | Tympan: _____ | <input type="checkbox"/> OGE |
| <input type="checkbox"/> Test de l'écran modifié | <input type="checkbox"/> Dentition (caries?): _____ | <input type="checkbox"/> Téguments: _____ |
| <input type="checkbox"/> Poursuite oculaire | <input type="checkbox"/> Cœur | Lésions suspectes?: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Démarche: _____ |

Observations spontanées

Promotion des saines habitudes de vie et conseils préventifs

- Encourager le sevrage de la suce
- Éviter le jus et les boissons gazeuses, offrir de l'eau à la place
- Offrir assiette équilibrée avec les 3 groupes alimentaires, dont ≥ 2 riches en fer/j: légumes et fruits, produits céréaliers de grains entiers, aliments protéinés (viande, poisson, œufs, produits laitiers, etc.)
- Favoriser des comportements alimentaires sains, faire participer l'enfant à la préparation des repas/collations, respecter les signaux de faim/satiété de l'enfant. Favoriser les repas en famille
- Recommander le brossage des dents 2 fois/j avec du dentifrice fluoré (taille d'un grain de riz)
- Limite de temps d'écran avec accompagnement et contenu éducatif (max 1h par jour)
- Habiletés parentales: se référer à l'Innuqatigiit 24-30 mois https://inuuqatigiit.ca/wp-content/uploads/2019/04/24-to-30_E.pdf
- Favoriser une alimentation traditionnelle et variée
- Encourager un environnement sans fumée
- S'assurer de la sécurité de l'enfant: protection solaire, brûlures, étouffement, intoxication, noyade, supervision à l'extérieur, morsures de chien
- Encourager une bonne posture de jeu au sol
- Prévention abus sexuels

Impressions et conduites

Impressions

- Santé physique :

- Croissance :

- Développement :

- Autre(s) impression(s) :

Conduites

- Référer au programme Agir Tôt si difficultés ou retard de développement détecté.
- Référer en audiologie si retard de langage (via Agir Tôt).
- Référer au SIPPE si non suivi et si disponible dans sa communauté.
- Offrir une référence en nutrition si obésité

Conduite générale

Immunisation:

- Refusée Reportée À jour
- Vaccin antipneumocoque polysaccharidique (Pneumovax®) (*)
- Visites régulières chez le dentiste (en priorité si caries)
- Dépistage lipidique? (*)
- FSC, ferritine si à risque (*)
- Dosage de plomb sérique? (*)
- Dépistage auditif si retard de langage et/ou acuité douteuse
- Référer au médecin si histoire de bronchospasme (asthme sous-jacent?)

Signature : _____ Prochain RDV : _____