



## Suivi de l'enfant de 3 ans

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

### Préoccupations parentales

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Contexte de vie

- Type de milieu de garde?: \_\_\_\_\_  Changement dans la famille?: \_\_\_\_\_  
 Revue du Questionnaire-Famille (déterminant 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?** \_\_\_\_\_  
 Évitement des petits morceaux durs/surveillance  
 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 les lignes verticales et horizontales (sans démonstration)  
 Fait un casse-tête de 3-4 pièces  
 Pointe ou nomme au moins 2 couleurs (rouge, bleu, jaune, vert) sur demande  
 Comprend toutes les notions spatiales suivantes: sur/sous/à côté/en bas/en haut  
 Compare des objets en utilisant les mots: plus petit/plus gros/plus grand  
 Joue à faire semblant: reproduit avec les jouets les étapes détaillées des routines de la vie quotidienne (ex.: donne le bain à la poupée en lui parlant, la lave puis la sèche)

**Conversation spontanée avec l'enfant:** \_\_\_\_\_

#### Physique et moteur

- Monte les escaliers en alternant de pied quand il change de marche (peut se tenir à la rampe ou au mur)  
 Sautte sur place, en soulevant du sol ses 2 pieds en même temps, sans soutien  
 Lance une balle (avec un mouvement de la main par-dessus l'épaule)  
 Mange son repas avec une fourchette, en renversant peu ou pas de nourriture  
 Se lave les mains de façon autonome (savonne, rince et essuie). L'aide de l'adulte peut être nécessaire pour le robinet

#### Langagier

- Répond aux consignes verbales à deux éléments ou plus sans le soutien de gestes ou d'images (ex.: « Prends tes souliers et mets-les dans ton casier »)  
 Répond à des questions simples qu'on lui pose: « Qui...? », « Combien...? » et « Pourquoi...? »  
 Dit son prénom et son âge sur demande  
 Parle assez clairement pour se faire comprendre au moins 75% du temps  
 Fait des phrases structurées de 3 à 4 mots (sujet-verbe-complément), parfois avec des articles (le/la, un/une), (ex.: « Léo mange une pomme »)  
 Utilise des mots comme « toi », « tu », « il, lui, elle » (pouvant être remplacés par « i » ou « a »)

## Surveillance du développement - suite

### Social et affectif

- Initie des interactions avec les autres enfants
- Joue au même jeu que les autres enfants mais sans avoir un but commun (ex. : constructions de blocs côte à côte)
- Accepte les limites imposées par l'adulte malgré son mécontentement (exprime ou manifeste sa déception de devoir arrêter une activité mais l'accepte tout de même)
- Peut attendre quelques minutes pour que l'adulte réponde à son besoin (ex. : pour lui donner ce qu'il demande à l'heure du repas)
- Participe à plusieurs étapes de la routine quotidienne (ex. : range ses jouets, aide à mettre la table, etc.)

### 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)
- Ne contrôle pas sa salive (bave encore)
- 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: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_

Apparence générale: \_\_\_\_\_

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reflet rétinien                 | <input type="checkbox"/> Tension artérielle (mmHg): _____ | <input type="checkbox"/> Abdomen                            |
| <input type="checkbox"/> Reflet cornéen                  | <input type="checkbox"/> ORL                              | <input type="checkbox"/> OGE                                |
| <input type="checkbox"/> Test de l'écran                 | Tympan: _____   | <input type="checkbox"/> Membres inférieurs                 |
| <input type="checkbox"/> Acuité visuelle (entre 3-5 ans) | <input type="checkbox"/> Dentition (caries?): _____       | <input type="checkbox"/> Téguments: _____                   |
|  | <input type="checkbox"/> Cœur                             | <input type="checkbox"/> Blessure(s) inhabituelle(s): _____ |
|  | <input type="checkbox"/> Poumons                          | <input type="checkbox"/> Démarche: _____                    |

### Observations spontanées

## Promotion des saines habitudes de vie et conseils préventifs

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Éviter le jus, offrir de l'eau à la place   | <input type="checkbox"/> Limite du temps écran avec accompagnement et contenu éducatif (max 1h/j)   | <input type="checkbox"/> Soutenir les habiletés parentales : attitude face aux crises de colère, discipline (constance entre les parents), etc.   |
| <input type="checkbox"/> Offrir assiette équilibrée avec les 3 groupes alimentaires, dont $\geq 2$ riches en fer/j : légumes et fruits, produits céréaliers de grains entiers, aliment protéinés   | <input type="checkbox"/> Encourager l'activité physique $\geq 3h/j$ (promotion d'un mode vie actif) | <input type="checkbox"/> Encourager un environnement sans fumée   |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> Encourager une bonne hygiène de sommeil ( $> 10 h/24h$ )                   | <input type="checkbox"/> S'assurer de la sécurité de l'enfant : siège d'auto, sécurité dans la rue, outils, allumettes, casque de vélo, noyade, étouffement, protection solaire et saisonnière. |
| <input type="checkbox"/> Recommander le brossage des dents 2 fois/j avec du dentifrice fluoré (taille d'un petit pois)   | <input type="checkbox"/> Service de garde éducatif si milieu vulnérable                             | <input type="checkbox"/> Stimulation du développement (document pour les parents)   |
|  | <input type="checkbox"/> Prévention TSAF (éviter ROH si grossesse future)                           | <input type="checkbox"/> Proposer des ressources pour de l'information fiable concernant la santé et le développement (Info-santé 811, Mieux vivre avec son enfant, Naître et grandir)          |
|  | <input type="checkbox"/> Encourager l'éveil à la lecture  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Éviter les émissions violentes   |   |

## Impressions et conduites

### Impressions

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

### Conduites

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Conduite générale

- 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 : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide.