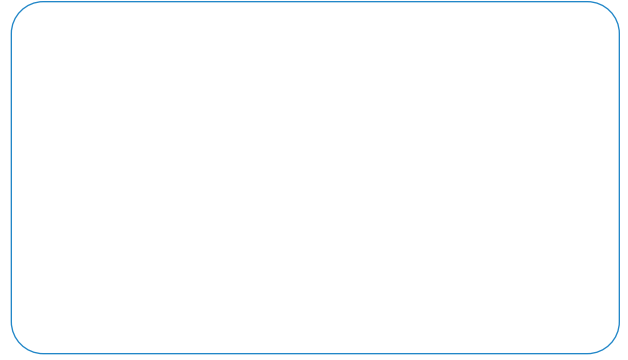




Suivi de l'enfant de 4 mois

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

Préoccupations parentales

Contexte de vie

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

Autres : _____

Suivi de la santé et évolution récente

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

Suivi de l'enfant de 4 mois

Habitudes de vie actuelles

Nutrition

- ☐ **Allaitement exclusif ?** ☐ Allaitement mixte ?
- Nbre de boires/j : _____
- ☐ Vitamine D :allaité (400 U.I./j), prématuré 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 : _____
- ☐ Autre apport :

- ☐ Autres suppléments/produits naturels? _____
- ☐ Autres produits traditionnels? (ex : Khôl) _____
- ☐ Selles: _____
- ☐ Régurgitations: _____

Guidance

- ❑ Introduction des solides: attendre signes de maturité
- ❑ Discuter du calendrier d'introduction des solides, **incluant aliments allergènes (arachides œufs) vers 6 mois**

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

Autres: _____

[illegible]

Surveillance du développement (âge corrigé pour prématurés)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Se calme à la voix | ☐ Saisit un objet à sa portée | ☐ Suit bien du regard | ☐ Anticipe les routines
(p. ex.: bruit de l'eau avant le bain) |
| ☐ Sur le ventre, s'appuie sur les avant-bras (90°) | ☐ Tient bien sa tête | ☐ Rit aux éclats | |
| ☐ Porte la main à la bouche | ☐ S'oriente vers la voix (audition) | ☐ Gazouille | |

Autres: _____

[illegible]

Suivi de l'enfant de 4 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 (torticolis?): _____

☐ Cœur: _____

☐ Poumons: _____

☐ Abdomen: _____

☐ Membres: _____

☐ Hanches (symétrie de l'abduction) _____

☐ OGE (testicules): _____

☐ Téguments: _____

☐ Blessures? : _____
(Ecchymose, lésion intra-orale, hémorragie sous-conjonctivale ou autre)

POSITION DORSALE

☐ Mouvements fluides et symétriques des membres

POSITION VENTRALE

☐ Lève la tête à 90° avec appui sur avant-bras

TIRÉ ASSIS

☐ Parfait contrôle de la tête

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

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: 12-15 h/24 h

☐ Aucun solide précoce dans le biberon

☐ Sécurité (siège d'auto, chutes, marchette, étouffement, brûlures, pyjama ininflammable, protection solaire)

☐ Sommeil sur le dos uniquement (établir routine)

☐ Tabagisme passif

☐ Prévention plagiocéphalie

☐ Stimulation du développement (document pour les parents)

☐ Éruption dentaire

☐ Conduite si étouffement et suggestion de formation RCR bébé

Autres conseils donnés:

Suivi de l'enfant de 4 mois

Impressions et conduites

Impressions

☐ Santé physique : _____

☐ Croissance : _____

☐ Développement : _____

☐ Autre(s) impression(s) : _____

Conduites spécifiques

☐ Si enfant nouvellement arrivé au Canada, consulter les documents spécifiques dans la section « Suivis particuliers »

Conduites générales

Immunisation :

Refusée ☐ Reportée ☐

☐ DCaT-HB-Polio-Hib

☐ Vaccin anti-rotavirus

☐ Vaccin antipneumocoque conjugué

☐ Vaccin antiméningocoque A, C, Y, W₁₃₅ (*)

☐ 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 4 mois | Notes supplémentaires

Dates

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.