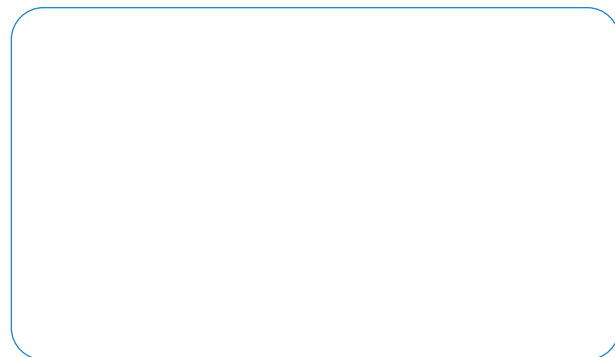
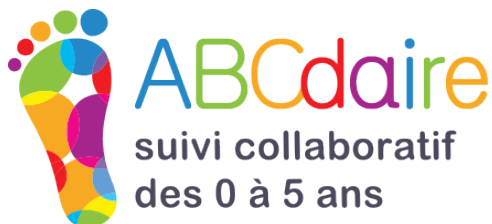




## Suivi de l'enfant de 1 à 4 semaines

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

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

### Préoccupations parentales

---

---

---

---

---

### Contexte de vie

- |                                                                                                                        |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adaptation de la famille au nouveau-né: _____                                                 | <input type="checkbox"/> Revue du Questionnaire-Famille (déterminants sociaux)?: _____               |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale parentale: ouvrir la discussion<br>(p. ex.: « Comment va votre moral ? ») _____ | <input type="checkbox"/> Pratique culturelle postnatale (ex.: confinement postpartum, bijoux): _____ |
| <input type="checkbox"/> Animaux de compagnie dans la famille?: _____                                                  | <input type="checkbox"/> Autres: _____                                                               |

---

---

---

---

---

### Suivi de la santé et évolution récente

- ☐ Jet urinaire ♂: \_\_\_\_\_
- ☐ Histoire de blessure ou « lésion sentinelle »? \_\_\_\_\_
- ☐ Voyage récent ou prévu (2)? \_\_\_\_\_
- ☐ Autres: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

## Suivi de l'enfant de 1 à 4 semaines

## Habitudes de vie actuelles

## Nutrition

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Allaitement exclusif ?</b> <input type="checkbox"/> Allaitement mixte ? _____<br>Nbre de boires/j : _____<br><input type="checkbox"/> Vitamine D : prématuré (200 U.I./kg/j, max 400 U.I./j),<br>allaité ( 400 U.I./j), ou biberon exclusif ( 400 U.I./j,<br>toutes sources confondues)<br><input type="checkbox"/> <i>Supplément de fer si prématuré</i><br><input type="checkbox"/> <i>Préparation commerciale pour nourisson avec fer</i><br><i>(15-25 oz ou 450-800 ml/j)</i><br>Qté : _____<br>Type : _____<br><input type="checkbox"/> <i>Eau non nécessaire si allaitement exclusif</i><br><input type="checkbox"/> Autre apport : _____ | <input type="checkbox"/> Autres suppléments/produits naturels ? _____<br><input type="checkbox"/> Autres produits traditionnels ? ( ex : Khôl) _____<br><input type="checkbox"/> Mictions (normal $\geq 6/j$ ) : _____<br><input type="checkbox"/> Selles (normal $\geq 2/j$ ) : _____<br><input type="checkbox"/> Régurgitations ? _____<br><input type="checkbox"/> Étouffement lors des boires ? _____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Sommeil ?:** \_\_\_\_\_ **Position ventrale en période d'éveil ?:** \_\_\_\_\_

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

## Surveillance du développement (âge corrigé pour prématurés)

- ☐ Pleurs prévisibles/différenciés ☐ A une bonne succion ☐ Sursaute au bruit
- ☐ Regarde les visages ☐ Sur le ventre, dégage sa tête du plan du lit ☐ Dépistage auditif fait ?

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Suivi de l'enfant de 1 à 4 semaines

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

Poids\*: \_\_\_\_\_ Perc: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_ Perc: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ Perc: \_\_\_\_\_ P/T: \_\_\_\_\_

Poids\*: \_\_\_\_\_ Perc: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_ Perc: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ Perc: \_\_\_\_\_ P/T: \_\_\_\_\_

\* minimum 20-30 g/j

Apparence générale: \_\_\_\_\_

☐ Fontanelle, sutures

☐ Forme de la tête

☐ Reflet rétinien

☐ ORL

☐ Cou (torticolis ?)

☐ Clavicules

☐ Cœur

☐ Poumons

☐ Abdomen, ombilic

☐ Membres

☐ Hanches (Ortolani Barlow)

☐ Pouls fémoraux

☐ OGE (testicules ♂)

☐ Région sacrée (sinus)

☐ Anus

☐ Téguments (jaunisse): \_\_\_\_\_  
(ictère anormal si persiste > 2 sem)

☐ Blessure?: \_\_\_\_\_  
(Ecchymose, lésion intra-orale,  
hémorragie sous-conjonctivale ou autre)

☐ Moro symétrique

### POSITION DORSALE

☐ Flexion 4 membres

☐ Mouvements fluides et symétriques  
des membres

### TIRÉ ASSIS

☐ Flexion de la tête en fin de course (*head lag*)

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

---

---

---

---

---

---

---

---

## Promotion des saines habitudes de vie et conseils préventifs

### ☐ Soutien à l'allaitement

(si production abondante: mention  
Banque de lait humain d'Héma-Québec ?)

☐ Sécurité (**siège d'auto**, T° chauffe-eau 60°C  
+ un dispositif anti-brûlures, détecteur de  
fumée, espacement des barreaux du lit < 6 cm,  
partage du lit, **protection solaire**)

☐ Prévention animaux de compagnie

☐ Prévention plagiocéphalie

### ☐ Sommeil sur le dos uniquement

☐ T° ambiante: environ 20° C

### ☐ Tabagisme passif

☐ Sommeil même chambre ad 6 mois,  
lits séparés

### ☐ Discussion vaccination

☐ Consultation précoce si fièvre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$  rectal)

☐ Prévention du TC-ME (trauma crânien causé par  
la maltraitance des enfants)

☐ Soins du prépuce ♂ ☐ Projet de circoncision ?

☐ Emmaillotage ? (prudence: hanches et SMSN)

☐ Portage ? (Hanches et abduction)

☐ Stimulation du développement (document pour  
les parents)

Autres conseils donnés:

---

---

---

---

---

# Suivi de l'enfant de 1 à 4 semaines

## 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

- ☐ **Vaccin anti-hépatite B : vérifier HBIG et 1er vaccin donnés en période néonatale si bébé de mère porteuse HBsAG(\*)**

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

- ☐ Autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐ **Résultat dépistage hémoglobinopathies**

- ☐ *Dépistage visuel (\*)*

- ☐ **Dépistage CMV salive si échec test auditif ou RCIU < 10<sup>e</sup> percentile**

- ☐ **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 : \_\_\_\_\_

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

Recommandations : **gras** = A, *italique* = B, caractère ordinaire = C ou I, **souligné** = bonnes pratiques en prévention clinique du MSSSQ.

Par G. Brunet, MD, G. Cossette, IPSPL, D. Cousineau, MD, FRCPC, D.Lemieux, MD., L. Bélanger, MD, FRCPC, A. Valderrama, MD, FRCPC, J. Poirier IPSPL, N. Houssaini, MD et S. Sun, MD.

© 2019 CHU Sainte-Justine **Adaptation interdite**

## Suivi de l'enfant de 1 à 4 semaines | Notes supplémentaires

[illegible]