



Suivi de l'enfant de 2 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

- Allaitement: nbr de boires/j: _____
 Lait de vache (3,25% ou 2%) ou de soya enrichi vit D non aromatisé: (max 16 oz ou 500 ml/jour): _____
 Autre type de lait?: _____
 Boit encore au biberon? _____ Boit au verre _____
 Boit du jus ou des boissons sucrées? (à éviter) _____
 Eau en fin ou entre les repas?: _____
 Vitamine D (400 UI die): _____

- Végétarisme ou autre régime? _____
 Autre suppléments/produits naturels? _____
 Assiette équilibrée avec les 3 groupes dont ≥ 2 aliments riches en fer/j
 Autonomie? _____

Guidance

- Évitement des petits morceaux dur/surveillance
 Variation d'appétit (petites portions, qualité plutôt que quantité)
 Utilisation des ustensiles
 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 (âge corrigé pour prématurés)

Cognitif

- Imité le grignotage circulaire
 Réalise un encastrement de 4 formes simples
 Imité une action ou un comportement observé plus tôt (imitation différée)
 Joue à faire semblant: reproduit avec les jouets quelques actions de la vie quotidienne (ex.: nourrit la poupée à la cuillère et lui fait boire son biberon)
 Comprend le sens de « encore » et « dedans »

Physique et moteur

- Court et s'arrête sans se cogner sur les objets ni tomber
 Transporte un gros objet en marchant (ex.: ballon)
 Tourne les pages d'un livre une à la fois
 Mange seul avec une cuillère ou une fourchette; a besoin d'aide à l'occasion pour compléter le repas
 Enlève quelques vêtements (bas, souliers si détachés, chapeau)

Langagier

- Pointe sur demande au moins 4 parties du corps (ex.: « Montre-moi ton nez, ta bouche, tes cheveux, tes oreilles, tes mains, tes pieds »)
 Pointe au moins 2 images qu'on lui nomme dans des catégories de base (animaux, nourriture, vêtements, etc.)
 Répond aux consignes verbales d'un ou deux éléments sans le soutien de gestes ou d'images (ex.: « Mets le jouet sur la table », « Va chercher ton manteau et ton chapeau »)
 S'exprime en combinant au moins 2 mots (ex.: « Veux lait » ou « Papa parti »)
 Fait des demandes en utilisant des mots (avec ou sans gestes)

Conversation spontanée avec l'enfant: _____

Surveillance 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
- Démontre plusieurs types d'émotions (ex. : gêne, fierté, honte)
- Aime faire des tâches de façon autonome
- S'affirme en exprimant son désaccord (ex. : « Pas dodo » ou « Veux pas »)
- Demande de l'aide en s'adressant à l'adulte

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)
- 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: _____ P. C.: _____ Perc: _____ IMC: _____ Perc: _____

Apparence générale: _____

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reflet rétinien <input type="checkbox"/> Reflet cornéen <input type="checkbox"/> Test de l'écran modifié <input type="checkbox"/> Poursuite oculaire | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ORL
Tympan: _____ <input type="checkbox"/> Dentition (caries?): _____ <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Poumons | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> OGE <input type="checkbox"/> Téguments: _____ <input type="checkbox"/> Blessure(s) inhabituelle(s)? : _____ <input type="checkbox"/> Démarche: _____ |
|--|--|--|

Observations spontanées: _____

Promotion des saines habitudes de vie et conseils préventifs

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Encourager le sevrage de la suce <input type="checkbox"/> Éviter le jus, offrir de l'eau à la place <input type="checkbox"/> Offrir assiette équilibrée avec les 3 groupes alimentaires, dont ≥ 2 riches en fer/j: légumes et fruits, produits céréaliers de grains entiers, aliment protéiné <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"/> Recommander le brossage des dents 2 fois/j avec du dentifrice fluoré (taille d'un grain de riz) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limite du temps écran avec accompagnement et contenu éducatif (max 1h/j) <input type="checkbox"/> Encourager l'activité physique $\geq 3h/j$ (promotion d'un mode vie actif) <input type="checkbox"/> Encourager une bonne hygiène de sommeil (entre 11-14 h/24h) <input type="checkbox"/> Service de garde éducatif si milieu vulnérable <input type="checkbox"/> Encourager l'éveil à la lecture; <input type="checkbox"/> Soutenir les habiletés parentales : attitude face aux crises de colère, discipline (constance entre les parents), conseils sur l'entraînement à la propreté, etc. <input type="checkbox"/> Prévention TSAF (éviter ROH si grossesse future) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Encourager un environnement sans fumée <input type="checkbox"/> S'assurer de la sécurité de l'enfant : siège d'auto, protection solaire et saisonnière, brûlures, étouffement, intoxication, noyade, supervision à l'extérieur, morsures de chien <input type="checkbox"/> Encourager une bonne posture de jeu au sol <input type="checkbox"/> Stimulation du développement (document pour les parents) <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"/> Promouvoir la vaccination : soutien aux parents hésitants |
|--|--|---|

Impressions et conduites

Impressions

- Santé physique : _____
- Croissance : _____
- Développement : _____
- Autre(s) impression(s) : _____

Conduites

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 (*)
 - 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 : _____