

Examen systématique 9 mois

Nom du médecin : N° de Fiche :
N° d'inscription au Conseil de l'ordre : / Date de l'examen : - -
Nom de l'enfant : Prénom :
Date de naissance de l'enfant : - - Sexe : M F Age (mois) :

Antécédents

Contexte périnatal à risque	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Problèmes de santé depuis la naissance	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
→ Si oui, lesquels :		
Traitement en cours	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Vaccinations à jour	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hospitalisation(s) depuis la naissance	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
→ Si oui, nombre : <input type="text"/>		
→ Motif(s) hospitalisation :		

Conditions de vie

Evènements familiaux depuis la naissance	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
→ Si oui, lesquels :			
Enfant amené par le père <input type="checkbox"/>	la mère <input type="checkbox"/>	les deux parents <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="text"/>
Composition de la famille :			
Habitat : individuel <input type="checkbox"/>	collectif <input type="checkbox"/>	nb de pièces : <input type="text"/>	nb d'occupants : <input type="text"/>
Risque de saturnisme	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Dans la journée, l'enfant reste chez lui et est gardé par			
• Ses parents <input type="checkbox"/>		• Un autre membre de la famille <input type="checkbox"/>	
• Une employée à domicile <input type="checkbox"/>		• Autre : <input type="text"/>	
Dans la journée, l'enfant est accueilli en dehors de chez lui			
• Chez une assistante maternelle <input type="checkbox"/>		• Dans une halte garderie <input type="checkbox"/>	
• Dans une crèche collective <input type="checkbox"/>		• Autre : <input type="text"/>	
• Un autre membre de la famille <input type="checkbox"/>			
Changement du mode d'accueil :			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	→ Si oui, nombre de changements : <input type="text"/>	Pourquoi ?
Activité actuelle de la mère ou dernière profession exercée :			
Activité actuelle du père ou dernière profession exercée :			

Alimentation

Allaitement maternel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Durée de l'allaitement (en semaines)
Lait deuxième âge	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autre apport lacté spécifique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diversification bien conduite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Reçoit de la vitamine D	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Reçoit du fluor	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Erreurs alimentaires	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Repas conflictuel	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	



Examen systématique 24 mois

Nom du médecin : N° de Fiche :

N° d'inscription au Conseil de l'ordre : / Date de l'examen : - -

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance de l'enfant : - - Sexe : M F Age (mois) :

Antécédents

Contexte périnatal à risque Non Oui

Anomalies repérées à l'examen des 9 mois Non Oui

Problèmes de santé depuis l'examen de 9 mois Non Oui

W Si oui, lesquels :

Traitement en cours Non Oui

Vaccinations à jour Oui Non

Hospitalisation(s) depuis l'examen de 9 mois Non Oui

W Si oui, nombre :

W Motif (s) hospitalisation :

Conditions de vie

Evènements familiaux depuis l'examen de 9 mois Non Oui

W Si oui, lesquels :

Enfant amené par le père la mère les deux parents Autre :

Composition de la famille :

Habitat : individuel collectif nb de pièces : nb d'occupants :

Risque de saturnisme Non Oui

Dans la journée, l'enfant reste chez lui et est gardé par

- Ses parents
- Une employée à domicile
- Un autre membre de la famille
- Autre :

Dans la journée, l'enfant est accueilli en dehors de chez lui

- Chez une assistante maternelle
- Dans une halte garderie
- Dans une crèche collective
- Un autre membre de la famille
- Autre :

Changement du mode d'accueil :

Oui Non W Si oui, nombre de changements : Pourquoi ?

Temps journalier passé devant la télévision : h mn

Télévision pendant le repas Oui Non

Activité actuelle de la mère ou dernière profession exercée :

Activité actuelle du père ou dernière profession exercée :

Alimentation

Alimentation équilibrée Oui Non

Apport de produits lactés spécifiques Oui Non

Reçoit de la vitamine D Oui Non

Reçoit du fluor Oui Non

Prend un biberon la nuit Non Oui

Erreurs alimentaires Non Oui

Repas conflictuel Non Oui

Examen systématique 36 mois

Nom du médecin : N° de Fiche :
N° d'inscription au Conseil de l'ordre : / Date de l'examen : - -
Nom de l'enfant : Prénom :
Date de naissance de l'enfant : - - Sexe : M F Age (mois) :

Antécédents

Contexte périnatal à risque Non Oui
Anomalies repérées à l'examen de 9 mois ou 24 mois Non Oui
Problèmes de santé depuis l'examen de 24 mois Non Oui
W Si oui, lesquels :

Traitement en cours Non Oui
Vaccinations à jour Oui Non
Hospitalisation(s) depuis l'examen de 24 mois Non Oui
W Si oui, nombre : W Motif (s) hospitalisation :

Conditions de vie

Evènements familiaux depuis l'examen de 24 mois Non Oui
W Si oui, lesquels :

Enfant amené par le père la mère les deux parents autre :

Composition de la famille :

Habitat : individuel collectif nb de pièces : nb d'occupants :
Risque de saturnisme Non Oui
Enfant scolarisé Oui à temps partiel Oui à temps plein Non
W Si oui, depuis quel âge (en mois)
W Si oui, mode de garde périscolaire :

W Intégration scolaire Bonne Moyenne Mauvaise

Temps passé devant la télévision : h mn
Télévision pendant le repas Non Oui
Activité actuelle de la mère ou dernière profession exercée :

Alimentation

Alimentation équilibrée Oui Non
Prend le petit-déjeuner à la maison Oui Non
Prend une collation dans la matinée à l'école Oui Non
Mange à la cantine Oui Non
Prend au moins un repas familial par jour Oui Non
Reçoit de la vitamine D Oui Non
Reçoit du fluor Oui Non
Se brosse les dents Oui Non
Erreurs alimentaires Oui Non

Sommeil

Fait la sieste Oui Non
S'endort avec difficulté Oui Non
Cosleeping (sommeil partagé) Oui Non
Se réveille la nuit Oui Non
Prend un biberon la nuit Oui Non
Reçoit des médicaments pour s'endormir Oui Non
Lecture d'une histoire avant se s'endormir Oui Non

