

Date: Age:
Poids: p Age corr.:
Taille: p
PC: p

9M

☒ normal/oui ☒ suspect / non ☐ pas examiné / vérifié

Anamnèse

- ☐ Anamnèse intermédiaire
- ☐ Alimentation (allaitement / biberon / purées)
- ☐ Sommeil
- ☐ Interaction / attachement / confiance / assurance parentale
- ☐ Bon ajustement enfant / parents
- ☐ Environnement familial / fratrie
- ☐ Mode de garde / activité professionnelle de la mère / du père
- ☐ Facteurs de risque de maltraitance (par ex. trouble du sommeil, pleurs, peur de l'étranger, violence domestique)

Développement - Motricité

- ☐ Motricité spontanée harmonieuse, symétrique
- ☐ Change seul de position
- ☐ Décubitus dorsal:
 - ☐ Attrape ses pieds
- ☐ Décubitus ventral:
 - ☐ Se retourne
 - ☐ Peut se déplacer
 - ☐ Tient assis de façon stable
- ☐ Position debout:
 - ☐ Supporte son poids, appui plantigrade
- ☐ Suspension ventrale:
 - ☐ Réaction de parachute symétrique
 - ☐ Réflexes archaïques disparus
 - ☐ Préhension palmaire avec opposition du pouce
 - ☐ Transfert d'une main à l'autre

- Jeu

- ☐ Exploration orale / manuelle / visuelle
- ☐ Essaie d'atteindre un objet perdu
- ☐ Trouve un objet caché (permanence de l'objet)

- Communi- cation, Langage

- ☐ Lallation / rit aux éclats
- ☐ Tente d'attirer l'attention sur lui
- ☐ S'intéresse à son entourage
- ☐ Se tourne vers la source d'un son (voix)
- ☐ Réagit à son prénom

- Socio- affectif

- ☐ Se calme seul
- ☐ Peur de l'étranger

Examen physique

- ☐ Peau / ongles / cheveux
- ☐ Bouche / cavité buccale
- ☐ Yeux / oreilles / audition (crécelle ddc.)
- ☐ Cœur / circulation / respiration
- ☐ Abdomen / organes génitaux (testicules en place / lèvres)
- ☐ Crâne / appareil locomoteur
- ☐ Réflexes / tonus

Ex. compl.

- ☐ Eventuellement Hb

Prévention

Facteurs de risque, guidance parentale

- ☐ Prévention des accidents (exploration du logement / bain / voiture / youpala)
- ☐ Les dangers augmentent avec le rayon d'action
- ☐ Peur de l'étranger
- ☐ Alimentation / prévention caries / lolette / poussée dentaire
- ☐ Ressources de la maman / de la famille
- ☐ Environnement sans fumée

Vaccins

Date: Age:
Poids: p Age corr.:
Taille: p
PC: p

12M

☒ normal/oui ☒ suspect / non ☐ pas examiné / vérifié

- ☐ Anamnèse intermédiaire
- ☐ Alimentation (allaitement / repas) participe
- ☐ Sommeil
- ☐ Interaction / attachement / confiance / assurance parentale
- ☐ Bon ajustement enfant / parents
- ☐ Environnement familial / fratrie
- ☐ Mode de garde / activité professionnelle de la mère / du père
- ☐ Facteurs de risque de maltraitance (par ex. trouble du sommeil, pleurs, peur de l'étranger, violence domestique)

- ☐ Motricité spontanée harmonieuse, symétrique
- ☐ Transitions fluides:
 - ☐ Décubitus ventral- décubitus dorsal
- ☐ Se redresse avec appui
- ☐ Peut se déplacer seul de diverses manières (shuffling)
- ☐ Marche le long des meubles / tenu par la main
- ☐ Pince fine
- ☐ Peut saisir un objet puis le relâcher
- ☐ Cherche à atteindre des objets hors de sa portée

- ☐ Cherche un objet caché (permanence de l'objet)
- ☐ Met un objet dans un contenant (sur démonstr.)
- ☐ Met le téléph. à l'oreille, met la cuillère à la bouche
- ☐ Tape deux cubes l'un contre l'autre

- ☐ Veut attirer l'attention sur lui
- ☐ Regard référentiel présent
- ☐ Dit des mots isolés / rit aux éclats
- ☐ Réagit à la phrase: «Où est maman?»
- ☐ Réagit à son nom
- ☐ Imité des mimiques, gestes et des phonèmes
- ☐ Donne un objet sur demande
- ☐ Montre les détails d'une poupée

- ☐ Se calme seul
- ☐ Peur de l'étranger
- ☐ Intéressé par son entourage
- ☐ Peut s'occuper seul

- ☐ Peau / ongles / cheveux
- ☐ Bouche / cavité buccale
- ☐ Yeux (pas de strabisme, vision stéréoscopique, test de Brückner)
- ☐ Oreilles / audition (crécelle ddc.)
- ☐ Cœur / circulation / respiration
- ☐ Abdomen / organes génitaux (testicules en pl. / lèvres)
- ☐ Crâne / appareil locomoteur
- ☐ Réflexes / tonus

- ☐ Prévention des accidents (grimper / tomber / exploration du logement / sécuriser escaliers / bain / voiture)
- ☐ Alimentation / prévention caries / lolette / poussée dentaire
- ☐ Style éducatif 'Fit / Misfit' (d'après Largo & Jenni)
- ☐ Ressources de la maman / de la famille
- ☐ Environnement sans fumée
- ☐ Média (TV, radio, rayonnement permanent)

Vaccins

Nom de l'enfant:
Date de naissance:
Adresse parents:

Remarques Mesures