

# Carnet de santé



**Nom:** .....

(en lettres capitales)

**Prénoms:** .....

(au complet dans l'ordre de l'état civil)

**Né(e) le:** .....

(le mois doit être inscrit en toutes lettres)

**À:** .....

(Indiquer l'arrondissement)

## Devenir parent, le grand chamboulement!

À l'arrivée de votre enfant, vous pouvez vous poser de nombreuses questions...

- **Comment trouver son rythme, rendre son lieu de vie sain et sûr, accompagner le développement de votre bébé ?**
  - **Auprès de qui trouver de l'aide ?**
  - **Que faire ou ne pas faire ?**
- ... Et il est parfois difficile de s'y retrouver.



## **Vous venez d'accueillir un enfant...**

### **Les équipes de PMI: vos interlocutrices de confiance**

Quelles que soient vos questions, la Protection maternelle et infantile (PMI) est là pour y répondre et vous aider. La PMI est un service public de la Ville de Paris, entièrement **gratuit, proche de vous**. Ses équipes sont les mieux qualifiées et les plus expérimentées pour vous aider à vivre au mieux votre parentalité et assurer le bien-être de votre enfant et de votre famille.

### **Prendre soin de votre enfant... Et de vous !**

L'arrivée d'un enfant est souvent une période de joie, mais elle peut aussi entraîner de la fatigue et de grands bouleversements. Il est important de ne pas rester seul face à ses inquiétudes.

Vous pouvez en parler avec vos proches, avec d'autres parents... Et avec les professionnelles et professionnels de la PMI, où vous trouverez des oreilles attentives.



### **Les 1000 premiers jours de votre enfant comptent pour sa santé**

Ce carnet de santé va suivre votre enfant toute sa vie. Il est là pour vous guider, en particulier au cours de ses premières années. Ce que votre enfant va vivre dès la naissance peut influencer sa santé pour toute sa vie. En tant que parents, vous pouvez lui offrir de nombreuses expériences qui auront un impact positif sur sa santé pour longtemps.



**En savoir plus → [1000-premiers-jours.fr](http://1000-premiers-jours.fr)**

## Pourquoi rencontrer les équipes de la PMI ?

Le service de PMI est **gratuit et accessible à toutes et tous, avec ou sans rendez-vous**. À Paris, il rassemble plus de **520 professionnels** (médecins, infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues et psychomotriciens) et propose...

- Des rencontres **à domicile** à l'arrivée de votre enfant
- Des **temps d'échanges** entre parents et des **ateliers** pour apprendre ensemble à masser ou porter son bébé, pour découvrir des jeux, des livres ou des chansons adaptés à chaque âge, pour comprendre l'impact de l'environnement sur la santé de votre enfant...

• **59 centres** dans lesquels vous pouvez venir quand vous voulez. Il y en a forcément un à moins de 15 minutes à pied ou en poussette de votre domicile. C'est l'endroit idéal pour...

- Trouver des réponses à toutes les questions que vous vous posez sur la santé de votre enfant, son sommeil, son alimentation, l'allaitement, les pleurs...
- Le peser, faire ses vaccins, rencontrer un médecin...
- Prendre un moment au calme avec votre enfant, discuter avec une puéricultrice ou avec d'autres parents!

### Vous cherchez un centre de PMI ?

Retrouvez les coordonnées des services de PMI sur

→ [paris.fr/pmi](http://paris.fr/pmi)

## Les lieux d'accueil enfants-parents: des lieux de convivialité et d'échange

Dans un espace convivial, venez jouer avec votre bébé ou votre enfant, échanger avec d'autres familles et des professionnelles et professionnels, et trouver du soutien.

**Ouverts à toutes et tous, sans inscription.** Accueil gratuit ou avec participation libre.

Trouvez la liste de ces lieux sur le site sur → [paris.fr](http://paris.fr)

## Dans les écoles maternelles et élémentaires publiques, le service de santé scolaire de la Ville de Paris organise pour tous les enfants...

- Des **bilans complets** à deux âges importants : 3-4 ans et 5-6 ans. Une infirmière se déplace dans l'école pour mesurer la taille et le poids, dépister les problèmes de vue, d'audition ou d'apprentissage du langage et de l'écriture.
- Des **actions de dépistage**, organisées avec l'Assurance maladie, pour éviter les maladies des dents comme les caries, mais aussi les problèmes de dos.
- Des événements, en lien avec les enseignants, pour **sensibiliser** les enfants aux comportements bons pour la santé et leur donner les clés pour prendre soin d'eux-mêmes : manger équilibré, se laver les mains, se brosser les dents, bien dormir, connaître son corps, identifier ses émotions et ses limites ou encore bouger et se dépenser !

## Soutenir les enfants dans leur processus d'apprentissage

- Si votre enfant rencontre des difficultés dans ses apprentissages, s'il a une maladie chronique ou si les bilans ont permis de dépister un problème de santé qui n'était pas connu, le médecin scolaire propose des **visites médicales complètes** et vous aide à trouver les soins et les réponses adaptées.
- Si les problèmes de santé de votre enfant ont des conséquences sur le bon déroulement de sa scolarité, le médecin scolaire est aussi là pour **accompagner** l'équipe pédagogique dans la compréhension de ses besoins.



- Si votre enfant rencontre des difficultés scolaires ou des troubles des apprentissages complexes, il peut être orienté par l'école vers les **centres d'adaptation psycho-pédagogiques (CAPP)** ou **Paris Santé Réussite**. Un diagnostic précis pourra être posé et un plan d'apprentissage adapté pourra être élaboré avec vous et votre enfant.

## Bien grandir à Paris

### La culture et la nature: des clés pour le bien-être des enfants

Il est désormais largement démontré que pour grandir en bonne santé, les enfants ont besoin de bouger, de sortir en plein-air et d'être stimulés sur le plan cognitif, dès les premières semaines de vie.



- Quelques 300 **rues aux écoles** dans Paris sont ainsi piétonnisiées, aux abords des établissements scolaires, offrant un espace de jeu sécurisé aux enfants.

- **Les cours et les crèches oasis** dans les écoles et les crèches, ainsi que les parcs et jardins, permettent de se rafraîchir et de continuer de prendre l'air même quand il fait chaud.

- Une alimentation saine est une clé pour bien grandir : les crèches de la Ville proposent aux enfants accueillis une alimentation 100 % bio.

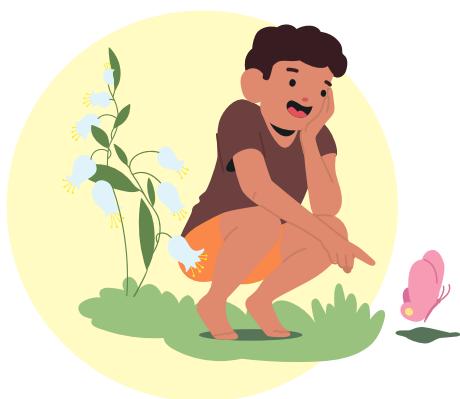
- Courir, jouer, bouger... Cela s'apprend dès le plus jeune âge. La Ville de Paris propose une grande diversité de services publics (Paris anim', gymnases, piscines...) et d'activités le plus souvent gratuites pour les enfants.

- Pour s'épanouir, votre enfant a aussi besoin de découvrir de nouvelles choses : lecture, peinture, musique, théâtre... De nombreux dispositifs gratuits, en PMI, en crèche ou encore dans les médiathèques lui permettent ainsi de développer son imagination, son langage et sa capacité à communiquer.

## Un environnement sain à la crèche, à l'école et à la maison

De nombreuses particules polluantes sont présentes dans notre environnement, notamment dans les logements. Quelques habitudes simples vous aideront à limiter leur impact sur la santé de votre bébé, afin qu'il se développe dans les meilleures conditions.

- Utiliser des produits simples et naturels, avec le moins d'ingrédients possibles
- Limiter l'usage du plastique
- Aérer le logement au moins 10 minutes tous les jours et penser à enlever la poussière régulièrement



Vous voulez en apprendre davantage sur les polluants dans le logement et les mesures utiles à mettre en place pour votre bébé, pendant et après la grossesse ? Les centres de PMI proposent *Mon premier atelier santé environnement*, et sont un lieu ressource pour toutes vos questions sur cette thématique.

En savoir plus → [paris.fr/pmi](http://paris.fr/pmi)

## Paris s'engage pour la santé de votre enfant

Tout au long de l'enfance, la Ville de Paris propose une offre de soins, de prévention et d'accompagnement accessible à toutes et tous.

### Des centres de vaccination accessibles dès 6 ans

La Ville de Paris dispose de plusieurs centres de vaccination où vous pouvez réaliser gratuitement tous les vaccins obligatoires ou recommandés selon le calendrier vaccinal, à partir de 6 ans.

Si votre enfant doit voyager dans un pays où d'autres vaccins sont nécessaires, le centre Bertheau (13<sup>e</sup>) propose également une consultation payante de vaccinations internationales.

### Le Centre d'information et de dépistage de la drépanocytose (CIDD)

Votre enfant a été dépisté porteur sain pour la drépanocytose?  
N'hésitez à en parler à votre médecin, votre PMI ou à prendre rendez-vous au **CIDD** de Paris.

### Le centre dentaire pour enfants et adolescents Georges Eastman

Le centre Georges Eastman (13<sup>e</sup>) propose des soins dentaires, des conseils de prévention et des traitements orthodontiques à tous les enfants jusqu'à 18 ans. Les soins et consultations sont **remboursés par l'Assurance maladie** au tarif conventionnel (secteur 1) et le centre propose le tiers-payant intégral sur présentation de la Carte Vitale et de votre complémentaire santé – y compris pour les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (AME), de la Protection universelle maladie (PUMA) et de la Complémentaire santé solidaire (CSS).

## **Les consultations psy pour les jeunes**

Les centres de santé municipaux de la Ville de Paris proposent des consultations psychologiques gratuites accessibles dès 11 ans.

## **Les centres de santé municipaux**

Consulter un médecin généraliste ou spécialiste, se faire vacciner, se faire dépister, bénéficier de conseils en prévention et d'un accompagnement à chaque étape de la vie... La Ville de Paris dispose d'équipements de santé municipaux ouverts à toutes et tous, où vous n'aurez pas de frais à avancer.

## **Quartier Jeunes Santé**

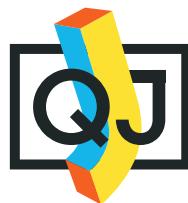
L'espace Quartier Jeunes a ouvert en 2021. Les jeunes de 16 à 30 ans peuvent y trouver, des **informations et conseils** pour leur orientation professionnelle, leur recherche de logement ou leurs activités culturelles. Ils peuvent aussi y rencontrer des **psychologues**, gratuitement et sans rendez-vous.

## **Les centres de santé sexuelle**

Les 23 centres de santé sexuelle parisiens sont ouverts à toutes et tous, dès l'adolescence, quels que soient le genre ou l'orientation sexuelle, dans la plus stricte confidentialité, avec ou sans rendez-vous. Contraception, tests pour les infections sexuellement transmissibles, conseils concernant la vie affective et sexuelle : ils constituent un lieu idéal pour obtenir une écoute, des conseils et une prescription si besoin.

**En savoir plus  
→ [paris.fr/sante](http://paris.fr/sante)**

**QJ**, 4, place du Louvre, ouvert du lundi au samedi de 11h à 18h



### **ET AUSSI**

Pour trouver un médecin de secteur 1 dans votre arrondissement → [ameli.fr](http://ameli.fr)

# Carnet de santé

Nom : .....

(en lettres capitales)

Prénoms : .....

(au complet dans l'ordre de l'état civil)

Né(e) le : .....

(le mois doit être inscrit en toutes lettres)

À : .....

(Commune et département. Pour Paris, Lyon et Marseille, indiquer l'arrondissement)

Le carnet de santé réunit toutes les informations médicales de votre enfant depuis la naissance. Il fait le lien entre les professionnels de santé et les parents.

Montrez-le à chaque rendez-vous chez le médecin, à l'hôpital, pour les vaccins ou les examens (radiologique, dentaire, etc.).

Rangez-le soigneusement pour ne pas le perdre.

Pensez à l'emporter en voyage.

**Le carnet de santé est un document confidentiel protégé par le secret médical.**  
Les informations y sont écrites avec votre accord<sup>1</sup>. Personne ne peut le regarder si vous n'êtes pas d'accord.

**Si vous confiez le carnet de santé à votre enfant ou une autre personne, mettez-le dans une enveloppe fermée et écrivez « secret médical » sur l'enveloppe.**

**Les droits de votre enfant sont protégés par plusieurs textes juridiques nationaux et internationaux.**



Scannez ce QR code pour accéder au guide de l'UNICEF Convention internationale des droits de l'enfant



Vous pourrez retrouver les conseils aux parents accessibles à tous en version numérique sur mon espace santé.



Scannez ce QR code pour vous connecter sur mon espace santé  
[www.monespacesante.fr](http://www.monespacesante.fr)

<sup>1</sup> Art L. 2132-1 du Code de la Santé Publique (voir page 124).

En cas de perte, la personne qui trouvera ce carnet est priée de le renvoyer à la dernière des adresses mentionnées ci-dessous.

**Noms des parents, adresses successives et téléphone/mail :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Numéros indispensables



Médecin :

Consultation de PMI :

SAMU : **15**

Numéro d'urgence européen : **112**

Numéro d'urgence pour  
les personnes sourdes ou malentendantes (SMS) : **114**

Allo enfance en danger : **119**

Numéro national de prévention du suicide : **3114**

Victime ou témoin de harcèlement : **3018**

Victime ou témoin de violences conjugales : **3919**

# Table des matières

|   |   |          |
|---|---|----------|
| 1 | Généralités .....                             | 1 à 3    |
| 2 | Période périnatale .....                      | 4 à 9    |
| 3 | Conseils aux parents et aux adolescents ..... | 10 à 30  |
| 4 | Surveillance médicale .....                   | 31 à 97  |
| 5 | Rubriques pour les professionnel(le)s .....   | 98 à 122 |



Partie à remplir par **le professionnel de santé**



Espace destiné **aux parents** ou informations destinées **aux parents**



Espace destiné à **l'enfant ou l'adolescent** ou informations destinées à **l'enfant ou l'adolescent**

# Période périnatale<sup>1</sup>

## Parent 1 (Mère de naissance)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

—      —      —  
jour      mois      année

Poids habituel : — — — — kg

Taille : — — — cm

## Parent 2

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

—      —      —  
jour      mois      année

Poids habituel : — — — — kg

Taille : — — — cm

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

| NOM DE LA MALADIE                     | CÔTÉ MATERNEL            | CÔTÉ PATERNEL            |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Luxation de la hanche                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypercholestérolémie                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HTA                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergies                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie auto-immune                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie génétique                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si autre maladie, préciser laquelle : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## INFORMATIONS PRÉNATALES

Nombre d'enfants vivant au foyer : .....

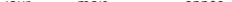
Groupe sanguin et facteur Rhésus de la mère : .....

Taux des agglutinines irrégulières : .....

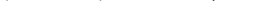
## Sérologies de la mère :

Date du dernier contrôle :

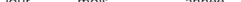
### Résultat :

Toxoplasmose  négatif  positif  inconnu

négatif  positif  inconnu

Rubéole  négatif  positif  inconnu

négatif  positif  inconnu

Antigène HBs  négatif  positif  inconnu

négatif  positif  inconnu

**Autres :** .....

### Au cours de la grossesse :

#### **Risque d'exposition :**

à la chlordécone<sup>1</sup>: non  oui

au plomb : non  oui

Maladies infectieuses pendant la grossesse : non  oui

Si oui préciser : .....

**La mère a-t-elle pris des médicaments** (en dehors des suppléments usuels) : non  oui

A-t-elle été hospitalisée : non  oui

Si oui préciser le nombre de jours et le motif : .....

A-t-elle été vaccinée : Coqueluche  Grippe

Si autres préciser :

Diabète gestationnel : non  oui

Bré-éclampsie : non  oui

#### **Échographies anténatales, anomalies décelées, contrôles à prévoir :**

<sup>1</sup> Pour les grossesses se déroulant en Guadeloupe et la Martinique



# Naissance

## ACCOUCHEMENT

Date de naissance :    jour    mois    année    Heure :    h    min

Lieu de naissance (nom de l'établissement et adresse) : .....

Parité : .....

Grossesse multiple : si oui préciser le nombre :   

Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée révolues) :   

Présentation : sommet  siège  autre

Début de travail : spontané  déclenché  césarienne avant travail

Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement : non  oui

Analgésie : aucune  anesthésie générale  Analgésie au cours du travail   
péridurale  rachianesthésie  Autre anesthésie

Naissance par : voie basse spontanée  voie basse instrumentale   
césarienne programmée  césarienne pendant le travail

En cas de césarienne, quelle est l'indication ?

maternelle  fœtale  materno-fœtale

Couleur du liquide amniotique : clair  teinté   
méconial  sanguin  autre

Risque d'infection néonatale bactérienne (fièvre maternelle, rupture prolongée  
des membranes...) : non  oui

## EXAMEN DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Poids :    g Taille :    cm PC :   ,    cm

Apgar à 1 minute :    Apgar à 5 minutes :    Apgar à 10 minutes :   

L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? non  oui

Si oui, préciser : .....

Transfert : non  oui

Si oui, lieu du transfert (service et adresse) : .....

Soins et gestes pratiqués : vitamine K  Si autre, préciser :

Perméabilité : des choanes  de l'œsophage si hydramnios  de l'anus

Autres renseignements : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



# Examen dans les 8 jours qui suivent la naissance

Date : \_\_\_\_\_  
jour      mois      année

Poids : \_\_\_\_\_ g

Taille : \_\_\_\_\_ cm    PC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ cm

« Un médecin doit, au cours des huit premiers jours, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le premier certificat de santé obligatoire à cet âge. »

## EXAMEN MÉDICAL

Fréquence cardiaque au repos \_\_\_\_\_/min

Fréquence respiratoire au repos \_\_\_\_\_/min

|                                |                              |                              |                          |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Souffle cardiaque              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Fémorales perçues        | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Hépatomégalie                  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Vigilance normale        | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Splénomégalie                  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Tonus axial normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Examen cutané normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Fente palatine                 | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Tonus des membres normal | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Ictère :                       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Mobilité normale         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Si oui, taux maximum à J (...) |                              |                              | Fosses lombaires libres  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| de bilirubine :                |                              |                              | Pied gauche normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| ..... μmol/l                   |                              |                              | Pied droit normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

Émission de méconium |  
jour      mois      année

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction)

Hanche droite normale      non       oui   
Hanche gauche normale      non       oui

**Organes génitaux :** masculins  féminins  Non déterminés

Si anomalie, préciser : .....

Autres anomalies .....

## EXAMEN DES YEUX

|                                    |                              |                              |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Cornées transparentes              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Lueurs pupillaires présentes       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Sortie de Maternité

Date de sortie :    jour    mois    année Poids de sortie :    g

Allaitement :      lait maternel exclusif       mixte       lait infantile exclusif

Ictère :      non       oui

Si oui, prescription d'un dosage de la bilirubine + NFS      non       oui

**Dépistage de la surdité néonatale :**      non       oui

|   |   |
|---|---|
| Méthode : .....   | Réalisé par :   |
| Résultat :<br><b>Normal à recontrôler</b><br>OD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>OG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nom : .....<br>Qualification : .....<br>Le : .....<br>Signature : ..... |
| Si contrôle, date de rendez-vous : .... / .... / ....   |   |

### Tests biologiques de dépistage néonatal :

Dépistages néonatals réalisés : tous  certains  aucun  Refus des parents

Si certains n'ont pas été réalisés, préciser lesquels : .....

Prélèvements effectués par :      Qualification : .....  
Nom : .....      Le : .....  
À : .....      Signature : .....

Traitements de sortie :      vitamine K       vitamine D

Autres : .....

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** : oui

Information sur le risque de dépression post-partum : oui

**Observations particulières (hospitalisations en période néonatale, examens complémentaires réalisés, traitements entrepris et/ou consultations spécialisées à la maternité, recommandations éventuelles) :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Besoins particuliers: non  oui

Si oui, préciser les modalités (surveillance particulière / consultation spécialisée nécessaire / lien avec le médecin de PMI après accord des parents...) .....

.....

.....

Qualification : .....

Cachet et signature :

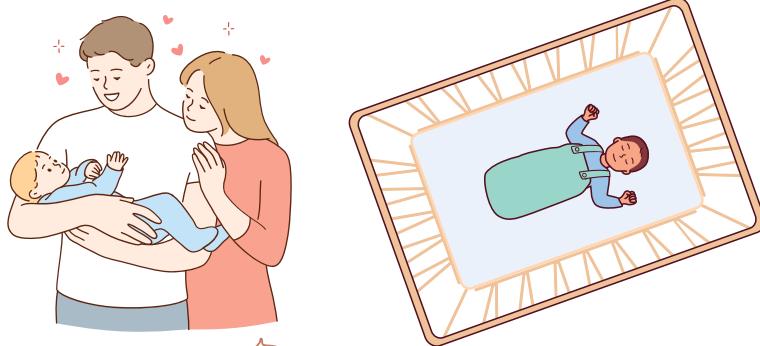


## De retour à la maison

Si votre enfant garde un teint jaune au-delà de 15 jours ou si ses selles sont décolorées (couleurs pâles voir p. 31), consultez votre médecin sans attendre.

De retour à la maison, **couchez toujours votre bébé sur le dos à plat**, dans une turbulette (ou gigoteuse) à sa taille, sur un matelas ferme, sans oreiller, coussin, couverture, tour de lit, ni doudou à proximité.

**Ne fumez jamais en présence de votre bébé. Le tabac est dangereux pour sa santé.** Les enfants vivant dans un environnement enfumé ont plus de risque de développer des problèmes respiratoires (asthme, bronchites...).



# Conseils aux parents et aux adolescents

## Prendre soin de son enfant<sup>1</sup>



### Son bien-être

Dès la naissance, se crée une rencontre privilégiée faite d'échanges entre vous et votre enfant, par les regards, l'odeur, le toucher, la voix : prenez l'habitude de prendre votre bébé dans vos bras et de lui parler.

Quand votre bébé est éveillé, installez-le sur un plan ferme (espace au sol, tapis...), dans un espace délimité et protégé, et laissez-le libre de ses mouvements. **Faites-le jouer sur le dos ou sur le ventre. Installez-vous pour jouer et parler avec lui.**

**Ne fumez jamais en présence de votre bébé ou dans son lieu de vie.  
Le tabac est très dangereux pour sa santé.**



L'arrivée d'un bébé est une bonne raison d'arrêter de fumer. N'hésitez pas à vous informer sur [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) ou auprès d'un professionnel de santé



Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)

### SON BAIN

La bonne température de l'eau pour son confort et sa sécurité est de 37°C. Vérifiez toujours la température à l'aide d'un thermomètre de bain avant de plonger doucement votre bébé dans l'eau.

Tenez toujours votre bébé, **ne le laissez jamais seul et n'utilisez jamais votre téléphone portable** quand il est dans son bain.



## SES PLEURS

Votre bébé peut pleurer en moyenne jusqu'à 2 heures par jour. C'est une de ses manières de s'exprimer, d'attirer votre attention. Vous apprendrez progressivement la signification des pleurs : faim, sommeil, inconfort, besoin d'un câlin, etc.

Si vous êtes déconcerté(e), si vous ne supportez plus ses pleurs, ne criez pas, et **surtout, ne le secouez pas.**

« Si votre bébé ne pleure pas comme d'habitude, que rien ne le console, prenez contact avec un professionnel de santé. »

**Secouer un bébé** parce qu'il ne s'arrête pas de pleurer ou pour toute autre raison, risque d'entraîner des lésions cérébrales irréversibles et de le laisser handicapé à vie.

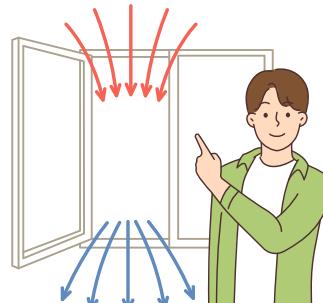
**En cas d'exaspération :** couchez votre bébé dans son lit - sur le dos -, quittez la pièce et demandez l'aide d'un proche (famille, ami, voisin...) ou d'un professionnel.

## + Conseils pour un environnement sain<sup>1</sup>

Certains allergènes et substances chimiques qui se cachent dans l'environnement quotidien sont potentiellement nocifs pour votre enfant. Quelques précautions permettent de limiter les risques.

### À L'INTÉRIEUR DE LA MAISON

- Pensez à **aérer** la chambre de votre enfant, mais aussi les autres pièces, **au moins 10 minutes tous les jours** et au moins une fois par jour, même en hiver, pour éviter l'accumulation dans l'air de substances chimiques ;
- Réduisez le nombre de produits d'entretien, **évitez les sprays** et préférez les produits à composant unique (vinaigre blanc, bicarbonate de soude, savon noir, etc.) à dose modérée ou lavez à la vapeur ;
- N'utilisez pas de parfums d'intérieur, d'encens, de bougies, car ils sont souvent riches en substances chimiques nocives ;
- N'installez pas votre enfant dans une pièce dans laquelle des travaux exposant à des substances chimiques (peintures, vernis, colles...) ont été réalisés depuis moins de trois mois ;
- Vérifiez que les jouets et articles de puériculture (dont tétines, tapis d'éveil, matelas à langer, etc.) ont le logo **CE ou NF**, et achetez des jouets dans des magasins ou sur des sites internet de confiance ;
- Lavez les textiles (peluches et vêtements) avant la première utilisation et régulièrement, en raison de la présence possible de résidus de substances chimiques indésirables ;



<sup>1</sup> Des conseils sont aussi disponibles sur le site 1000-premiers-jours.fr

- Utilisez des produits d'hygiène simples (savon à base végétale, sans parfum ni antibactérien, huile végétale comme l'huile d'amande douce) ;
- Évitez l'utilisation de produits cosmétiques, de parfums et d'huiles essentielles, tant pour vous que pour votre bébé ;
- **Éviter l'usage de produits contre les insectes** qui contiennent souvent des substances nocives pour vous et votre enfant, utilisez des moustiquaires ;
- Ne jamais fumer ni vapoter.

## À L'EXTÉRIEUR DE LA MAISON

- Évitez de sortir votre enfant dans les périodes de fortes chaleurs et au moment des pics de pollution (en particulier les fins d'après-midi) ;
- Évitez les zones à fort trafic routier, notamment aux heures de pointe.



## Élever son enfant sans violences

La loi du 10 juillet 2019 prévoit que « **L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques** ». Les violences ont un impact sur le développement de l'enfant et peuvent être responsables de nombreux troubles (anxiété, agressivité, dépression...), y compris durant sa vie d'adulte. Chaque parent est garant de la sécurité et du respect des droits de son enfant y compris vis-à-vis du coparent, de la famille et de l'entourage.

### La violence psychologique

C'est crier, injurier, se moquer, rabaisser, faire peur, menacer, culpabiliser son enfant. C'est aussi ne pas répondre à ses besoins fondamentaux d'affection, de soins, de protection, ou l'exposer à des disputes familiales.

**Certains mots peuvent faire très mal :** « *Tu es nul, tu es incapable* ». Ils peuvent avoir des conséquences sur la confiance en soi, les relations avec les autres, la scolarité...

Il est recommandé d'expliquer, de montrer ou de répéter les consignes plusieurs fois, afin d'accompagner votre enfant.





« Élever son enfant sans violence tout en le guidant et en lui donnant des repères, le fortifie, le sécurise et lui permet de devenir un adulte épanoui, confiant, entreprenant et sociable. »

### La violence physique

C'est pincer, gifler, donner une fessée, un coup de pied, frapper, secouer, tirer les cheveux, les oreilles...

**Éduquer sans violence ne veut pas dire laisser tout faire. Les parents doivent guider leur enfant, lui donner des repères et le protéger.**

Sachez lui dire non quand son comportement est inadapté ou dangereux pour lui ou pour les autres.

Être parent peut être très difficile et vous pouvez parfois être à bout et craquer.

Si vous sentez que vous perdez patience, que vous vous énervez contre votre enfant, **demandez de l'aide à un proche ou un ami**, parlez-en à votre médecin ou à un autre professionnel (puéricultrice, psychologue...).

Vous pouvez aussi appeler le **0 805 382 300** Service & appel gratuits, numéro vert de soutien à la parentalité, porté par la Fédération nationale des Ecoles des parents et des éducateurs (Fnepe).

*Si vous êtes témoin d'une situation de maltraitance envers un enfant qu'il s'agisse de violences physiques, psychologiques, sexuelles, de négligences ou de mauvaises conditions d'éducation, au sein ou en dehors du cercle familial,appelez le 119.*





## L'alimentation

*Le lait est l'aliment le plus adapté pour votre enfant au cours des 6 premiers mois.*

### SI VOUS L'ALLAITEZ

Votre lait est l'aliment le mieux adapté aux besoins de votre enfant. **Continuez d'allaiter aussi longtemps que vous le souhaitez ou que vous le pouvez.**

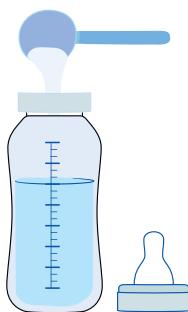
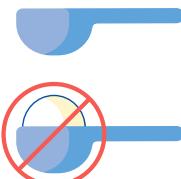


- Au début, donnez le sein à la demande.
- Pendant les 4 ou 6 premières semaines au moins, évitez si possible l'allaitement mixte (sein et biberon).
- **L'alcool que vous buvez passe dans le lait. Ne buvez donc pas de boissons alcoolisées (bière, cidre, vin, apéritifs, etc.) pendant toute la durée de l'allaitement.**
- De même, ne prenez pas de médicament sans avis médical.
- Si vous avez besoin d'encouragements, de conseils, de réponses à vos questions ou de parler de votre allaitement, des médecins, sages-femmes, puéricultrices de PMI, autres femmes qui allaitent ou associations de promotion de l'allaitement sont à votre écoute.

### SI VOUS LUI DONNEZ LE BIBERON

- Le type de lait infantile (ou lait 1<sup>er</sup> âge) qui convient à votre bébé, les quantités à donner et les modes de reconstitution vous seront indiqués par votre médecin, sage femme, puéricultrice ou en PMI.
- Vous pouvez utiliser l'eau du robinet (sauf si l'eau a été filtrée ou adoucie) ou une eau en bouteille portant la mention « convient pour la préparation des aliments des nourrissons ».
- **Le lait peut être donné à température ambiante.**

30ml d'eau pour une mesurette rase de lait en poudre



- Si vous réchauffez le lait, **ne le faites pas au four à micro-ondes :**
  - la qualité nutritionnelle peut être altérée ;
  - il y a un risque de brûlures graves de la bouche et de la gorge.
- Agitez toujours le biberon, puis vérifiez la température du lait en versant quelques gouttes sur la face interne de votre avant-bras.
- Utilisez si possible des biberons en verre.
- Ne donnez pas de miel aux nourrissons âgés de moins de 1 an (risque de botulisme infantile).
- Il ne faut pas donner de boissons sucrées dans le biberon du soir.
- **Attention les boissons végétales (lait d'amande, de soja...) ne sont pas des laits. Même enrichis en calcium, ils ne répondent pas aux besoins de l'enfant de moins de 1 an.**
- **Le «lait» de soja et tous les produits à base de soja sont déconseillés avant 3 ans.** Ils contiennent un composant suspecté d'être un perturbateur endocrinien.



## DIVERSIFIEZ SON ALIMENTATION



À partir de 4 mois, en plus du lait, vous pouvez commencer à donner d'autres aliments à votre enfant (voir les conseils pages suivantes).

Certains aliments peuvent être très dangereux pour les jeunes enfants.

**Ne leur donnez pas de lait cru ou des fromages au lait cru,** faites bien cuire la viande (steaks hachés) et suivez bien les instructions et les recettes figurant sur les emballages.

## REPÈRES D'INTRODUCTION DES ALIMENTS CHEZ L'ENFANT

| LES GRANDES ÉTAPES EN FONCTION DE L'ÂGE  | CONSEILS GÉNÉRAUX  | DE LA NAISSANCE À 4 MOIS  |
|--|--|---|
|  |  | <i>Donner uniquement du lait</i>  |
| LAIT MATERNEL ET/OU PRÉPARATIONS INFANTILES  |  | Lait maternel et/ou préparation pour nourrissons ("lait" 1 <sup>er</sup> âge)   |
| PRODUITS LAITIERS : yaourt, fromage blanc, petits suisses, fromage                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- À alterner nature, non aromatisés</li> <li>- <b>Ne pas donner de lait cru ni de fromages au lait cru (risques infectieux)</b> sauf emmental ou comté</li> <li>- Les produits 0%, écrémés et demi-écrémés ne conviennent pas aux moins de 3 ans</li> </ul> | Ne pas donner   |
| FRUITS ET LÉGUMES : TOUS   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plutôt de saison et produits localement bio si possible</li> </ul>  | Ne pas donner   |
| LÉGUMES SECS : lentilles, haricots secs, pois chiches, etc.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bio si possible</li> <li>- À proposer selon la façon dont l'enfant les digère</li> </ul>  | Ne pas donner   |
| POMMES DE TERRE ET AUTRES FÉCULENTS : pâtes, riz, semoule, pain, dont produits complets ou semi complets | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bio si possible</li> <li>- Féculents complets : proposer selon la façon dont l'enfant les digère</li> </ul>   | Ne pas donner   |
| VOLAILLE, AUTRES VIANDES, POISSON ET ŒUVFS   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toujours très cuits</li> <li>- Privilégier la volaille</li> <li>- Poisson : 2 fois par semaine dont 1 poisson gras : sardine, maquereau, saumon...</li> <li>- <b>Ne pas donner de coquillages crus ou de préparations à base d'œuf cru</b></li> </ul>     | Ne pas donner   |
| MATIÈRES GRASSES AJOUTÉES : huile (colza, noix, olive), beurre   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- À ajouter crues aux préparations maison ou du commerce si elles n'en contiennent pas</li> <li>- Privilégiez les huiles et variez-les</li> </ul>   | Ne pas donner   |
| BOISSONS   | La seule boisson recommandée est l'eau   | <b>Proposer de l'eau ou multiplier les tétées en cas de fortes chaleur, de fièvre, de vomissements ou de diarrhée</b> |
| CHARCUTERIE  | En dehors du jambon blanc, la charcuterie (saucisses, pâtés...) ne doit être donnée qu'exceptionnellement  | Ne pas donner   |
| SEL ET PRODUITS SALÉS  | À limiter  | Ne pas donner   |
| PRODUITS SUCRÉS : ketchup , chocolat, confiseries, gâteaux, crèmes dessert, glaces...                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- À limiter</li> <li>- À introduire à l'âge le plus tardif possible</li> </ul>  | Ne pas donner   |

## DE 0 À 3 ANS

| ENTRE 4 ET 6 MOIS   | À PARTIR DE 6/8 MOIS  | DE 1 AN À 3 ANS   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Débuter la diversification</li> <li>- Proposer tous les groupes d'aliments sous forme mixée lisse</li> <li>- Si allergies dans la famille, consulter le médecin avant de débuter</li> </ul>  | <p><b>Faire découvrir progressivement toutes les textures : des aliments mixés lisses aux aliments hachés, écrasés, puis aux petits morceaux mous</b></p>   | <p><b>Donner une alimentation variée et équilibrée proche de celle recommandée pour les adultes, en quantités adaptées à l'âge de l'enfant. Continuer à donner du lait</b></p>  |
| Lait maternel et/ou transition "Lait infantile" 1 <sup>er</sup> âge au "Lait infantile" 2 <sup>e</sup> âge  | Lait maternel et/ou "Lait infantile" 2 <sup>e</sup> âge : minimum 500 ml/j (sans dépasser 800 ml/j de lait, produits laitiers compris)  | Lait maternel et/ou "lait de croissance" et/ou alterner "lait de croissance" et lait de vache entier UHT 500 ml/j (sans dépasser 800 ml par jour de lait produits laitiers compris)   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelques cuillères à café de yaourt au goûter</li> <li>- de temps en temps faire fondre un peu de fromage râpé dans une purée</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- À partir de 8/10 mois, petit morceau de fromages mous</li> <li>- À partir de 10 mois, petit morceau de fromages de plus en plus durs</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 150 à 200ml de lait = un yaourt = 20 g de fromage</li> <li>- Toutes textures</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les jours</li> <li>- Quelques cuillères à café, puis augmenter progressivement selon l'appétit de l'enfant</li> <li>- Légumes bien cuits et mixés lisses</li> <li>- Fruits bien cuits et mixés en compotes non sucrées</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- À chaque repas et selon l'appétit de l'enfant</li> <li>- Légumes bien cuits</li> <li>- Fruits bien mûrs ou cuits</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- À chaque repas et selon l'appétit de l'enfant</li> <li>- Crus et cuits, toutes textures, dont morceaux à croquer</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- De temps en temps</li> <li>- 1 cuillère à café</li> <li>Bien cuits et mixés en purée lisse</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environ 1 fois par semaine</li> <li>- Quelques cuillères à café</li> <li>- Purée écrasée à la fourchette</li> <li>Puis progressivement, légumes secs non mixés, bien cuits et fondants</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins 2 fois par semaine</li> <li>- Toutes les textures</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le gluten peut être introduit même pour les enfants à risque d'allergie</li> <li>- Toujours mélangés avec des légumes : ¼ féculents mixés et ¾ légumes mixés en purée lisse</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toujours proposés avec des légumes :</li> <li>moitié féculents moitié légumes</li> <li>- Riz, semoule, pâtes de moins en moins fines, pain, pommes de terre en petits morceaux fondants</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les jours</li> <li>- Toutes textures</li> <li>- 3 à 4 cuillères à soupe par jour</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- De temps en temps puis plus régulièrement</li> <li>5 g/jour = 1 cuillère à café d'aliments mixés ou d'œuf dur écrasé</li> </ul>  | <p>10 g/jour = 2 cuillères à café ou ¼ d'œuf dur</p>  | <p>Hachés, écrasés, puis progressivement en morceaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 1 et 2 ans : 20 g/jour = 4 cuillères à café ou 1/3 d'œuf dur</li> <li>- Entre 2 et 3 ans : 30 g/jour = 6 cuillères à café ou 1/2 œuf dur</li> </ul> |
| Par jour : 1 cuillère à café d'huile ou de temps en temps 1 noisette de beurre  | Par jour : 1 cuillère à café d'huile ou de temps en temps 1 noisette de beurre  | Par jour : 2 cuillères à café d'huile ou de temps en temps 2 noisettes de beurre  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eau à volonté</li> <li>- Éviter toutes les boissons sucrées, dont tous les types de jus de fruits, tous les sodas et les sirops</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eau à volonté, au verre</li> <li>- Éviter toutes les boissons sucrées, dont tous les types de jus de fruits, tous les sodas et les sirops</li> <li>- Ne pas donner de boissons "light", de café, thé, sodas cafénés ni de boissons dites "énergisantes"</li> </ul> |   |
| Jambon blanc possible de temps en temps, mixé très lisse : 1 cuillère à café  | Jambon blanc possible de temps en temps, mixé puis en petits morceaux : 2 cuillères à café  | <p>Jambon blanc possible de temps en temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 1 et 2 ans : 4 cuillères à café</li> <li>- Entre 2 et 3 ans : 6 cuillères à café</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas saler les préparations maison ni les petits pots du commerce</li> <li>- Ne pas donner de produits salés (produits apéritifs...)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas saler les préparations maison ni les petits pots du commerce</li> <li>- Ne pas donner de produits salés (produits apéritifs...)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas saler les produits du commerce</li> <li>- Limiter la consommation de produits salés (produits apéritifs...)</li> </ul>  |
| <b>Ne pas donner de miel avant 1 an (risque infectieux)</b>   | <b>Ne pas donner de miel avant 1 an (risque infectieux)</b>   | Les céréales du petit déjeuner, en général très sucrées, sont à limiter   |

# REPÈRES DE L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR LES ENFANTS À PARTIR DE 3 ANS ET LES ADOLESCENTS<sup>1</sup>

En raison des risques infectieux, ne pas donner de lait cru ou de fromages au lait cru, de coquillages ou poissons crus (pas de sushis) aux enfants jusqu'à 5 ans. Bien cuire la viande, en particulier la viande hachée. Éviter les œufs crus et les produits à base d'œufs crus (mayonnaise maison, mousse au chocolat maison) ou peu cuits.

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>FRUITS ET LÉGUMES</b>   |  | À chaque repas (frais, surgelés ou en conserve), pour atteindre progressivement au moins 5 fruits et légumes par jour à l'âge adulte   |
| <b>PAIN, PÂTES, SEMOULE ET RIZ, POMMES DE TERRE</b>  |  | Au moins 1 féculent complet (pain complet ou aux céréales, pâtes, semoule et riz complets) par jour  |
| <b>Pour instaurer de bonnes habitudes dès l'enfance, alterner sur la semaine poisson, volaille, autres viandes, œufs</b> |  |  |
| <b>LÉGUMES SECS (LENTILLES, HARICOTS, POIS CHICHES, ETC.)</b>  |  | Au moins 2 fois par semaine<br>En accompagnement de viande ou poisson ou consommés seuls ou avec d'autres légumes ou avec pâtes, riz ou semoule  |
| <b>VOLAILLE, AUTRES VIANDES ET CHARCUTERIE</b>   |  | En dehors du jambon blanc ou de volaille de temps en temps, la charcuterie ne doit être consommée qu'exceptionnellement  |
| <b>POISSON</b>   |  | 2 fois par semaine en alternant poisson gras (sardines, maquereau, hareng, saumon) et poisson maigre (merlan, lieu noir...)  |
| <b>PRODUITS LAITIERS (LAIT, YAOURTS, FROMAGE BLANC, FROMAGE)</b>   |  | 3 par jour. Par exemple, un yaourt nature, un verre moyen de lait (150 mL) et un morceau de fromage (30 g.).   |
| <b>FRUITS À COQUE NON SALÉS (NOIX, NOISETTES, AMANDES, ETC.)</b>   |  | Avant les 6 ans de votre enfant, <b>ne pas les donner entiers</b> mais en poudre ou sous forme de beurre dans les préparations plusieurs fois par semaine.   |
| <b>MATIÈRES GRASSES</b>  |  | Tous les jours en petites quantités<br>Privilégier l'huile de colza, de noix et d'olive  |
| <b>PRODUITS SUCRÉS, GRAS, SALÉS ET ULTRA-TRANSFORMÉS</b>   |  | Limiter leur consommation et limiter les produits avec un Nutri-Score D ou E.  |
| <b>BOISSONS</b>  |  | Boire de l'eau à volonté, limiter les boissons sucrées (sodas, jus de fruits, sirops, boissons aux fruits) et ne pas donner de boissons alcoolisées.   |
| <b>SEL ET PRODUITS SALÉS (BISCUITS APÉRITIFS, CHARCUTERIE, SNACKS SALÉS, NUGGETS, PIZZAS, ETC.)</b>                      |  | Limiter leur consommation<br>Beaucoup du sel consommé par les enfants vient des produits transformés   |
| <b>ACTIVITÉ PHYSIQUE</b>   |  | <b>Jusqu'à 5 ans, il est recommandé qu'un enfant « bouge » au moins 3 heures par jour par des activités variées et ludiques : marcher, courir, sauter, lancer une balle...</b><br>À partir de 6 ans : au moins 1 h par jour, dont 3 fois par semaine des activités intenses (jeux de ballons, saut à la corde, danse, VTT...) ;<br>Limiter le temps passé assis et se lever au moins toutes les 2 h. |

1 D'après les recommandations de Santé publique France



## Les conseils pour bien dormir

### Coucher votre bébé

La température de la chambre où dort votre bébé doit être comprise entre 18° et 20° C.

Dès la naissance, couchez votre bébé **sur le dos, à plat**, dans son propre lit, dans une « turbulette » ou une « gigoteuse » adaptée à sa taille.

**Ne le couchez jamais sur le ventre, ni sur le côté**, même s'il régurgite.

Il vaut mieux, si c'est possible, placer son lit dans votre chambre pour les 6 premiers mois au minimum.

Utilisez un lit à barreaux sans tour de lit, avec un matelas ferme recouvert d'un drap-housse bien fixé. **Les objets mous qui risquent de couvrir sa tête ou son visage sont dangereux** (oreiller, couverture, couette, cale-bébé, cale-tête, coussin d'allaitement, jouets...).

Dans un lit parapluie, il est dangereux d'ajouter un 2<sup>e</sup> matelas.

Les lits d'adultes, fauteuils, canapés, poufs ne sont pas adaptés pour le sommeil des nourrissons, y compris pour une courte sieste.

Ne lui donnez jamais de médicaments pour dormir.

Laissez bébé bouger dans son lit.

Ne vous endormez pas avec votre bébé dans vos bras.

**Respecter ces conseils permet de réduire au maximum le risque de mort inattendue du nourrisson.**

### SON SOMMEIL

De 6 mois à 1 an, couchez votre bébé encore éveillé afin **qu'il apprenne à trouver son sommeil tout seul**.

Ne lui donnez **pas le biberon du soir dans son lit** au moment du coucher.

**Son lit est réservé au sommeil** – n'y mettez pas de jouets.

Le coucher est un moment important à partager avec votre enfant. Reprenez toujours la même routine y compris le week-end et en vacances (garder les mêmes horaires notamment pour les siestes, souhaiter une bonne nuit à son enfant, éteindre la lumière...) Diminuez l'intensité de la lumière le soir et ouvrez grand les volets le matin car l'alternance lumière/obscurité est importante pour qu'il secale sur un rythme jour/nuit.

**Aller au lit ne doit jamais être une punition.**

Des difficultés, comme le refus de s'endormir ou des réveils plusieurs fois dans la nuit, sont relativement fréquentes et elles sont souvent dues au fait que l'enfant a oublié – ou n'a jamais appris – comment s'endormir seul et qu'il associe la présence de ses parents à l'endormissement.

Si votre bébé se réveille la nuit, attendez un peu pour lui laisser le temps de retrouver son sommeil tout seul. Ces éveils sont normaux.

**Si les troubles du sommeil persistent, parlez-en** à votre médecin ou à un autre professionnel (puéricultrice ou psychologue) car des enfants peuvent avoir besoin d'une intervention thérapeutique.

De la naissance à la fin de l'adolescence, le sommeil évolue. Il existe dès le plus jeune âge des différences avec des enfants « petits dormeurs » ou « grands dormeurs ».



# Les maladies

## Pour limiter la transmission des infections :

- lavez-vous bien les mains avant et après vous être occupé(e) de votre bébé ;
- évitez qu'on l'embrasse sur le visage et les mains, surtout si la personne est malade ou enrhumée ;
- évitez, si possible, les lieux publics très fréquentés (centres commerciaux, transports en commun...), particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite.

Ne lui donnez pas de médicament sans avis médical.

## AVANT 3 MOIS

### Faites examiner rapidement votre bébé s'il :

- a la diarrhée (selles brutalement plus liquides et plus fréquentes) car il peut se déshydrater rapidement, surtout s'il vomit. Donnez-lui à boire un soluté de réhydratation orale<sup>1</sup> (SRO) tous les quarts d'heure, par petites quantités à la fois ;
- a de la fièvre. Découvrez-le et donnez-lui à boire ;
- est gêné pour respirer ;
- a un comportement inhabituel.

## À PARTIR DE TROIS MOIS

### SI VOTRE ENFANT A DE LA FIÈVRE

La fièvre, qu'est-ce que c'est ? Une température supérieure à 38°C.

La température se mesure avec un thermomètre sur le front ou dans l'oreille à acheter en pharmacie.

#### Adoptez les bons gestes :

- habillez-le très légèrement (pas de turbulette ou de surpyjama pour dormir) ;
- proposez-lui à boire plus souvent que d'habitude ;
- ne chauffez pas trop sa chambre (si possible entre 18°C et 20°C).

Observez votre enfant et surveillez son comportement.

• Si son comportement est inhabituel et vous inquiète, que votre enfant est abattu ou moins réactif, si l'aspect de sa peau a changé, s'il rougit, pâlit, a des boutons : **Consultez immédiatement un médecin.**

• S'il sourit, bouge, joue et mange comme d'habitude, c'est qu'il supporte bien sa fièvre. Il n'est pas indispensable de lui donner un médicament pour faire baisser sa température.

Plusieurs médicaments peuvent faire baisser la fièvre. Privilégiez le paracétamol, sauf avis contraire du médecin. Avant d'en donner, vérifiez bien que votre enfant n'en a pas déjà reçu sous un autre nom ou sous une autre forme.

1 SRO, disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non sucrée.

## Il est déconseillé de donner des médicaments différents en alternance.

Respectez strictement les recommandations indiquées dans la notice, la dose adaptée au poids de votre enfant et le délai entre les prises. En cas de doute, parlez en à votre pharmacien.

### Consultez le médecin de votre enfant, s'il a toujours de la fièvre au bout de 48h.

Les fièvres de l'enfant sont très souvent dues à des virus. Les antibiotiques sont le plus souvent inutiles.

## SI VOTRE ENFANT A UNE DIARRHÉE

**La diarrhée, qu'est-ce que c'est ?** C'est l'apparition brutale de selles plus nombreuses et plus liquides.

### Que faire ?

Dans tous les cas, donnez-lui à boire une solution de réhydratation orale<sup>1</sup> (SRO) toutes les 15 minutes au début, et prenez sa température régulièrement.

Si votre enfant se comporte comme d'habitude : il joue, bouge, mange, il ne vomit pas, surveillez-le pendant 48 heures.

**Si votre enfant a toujours la diarrhée au bout de 48 heures, il faut consulter votre médecin.**

Si votre enfant (une des situations suivantes) :

- a du sang dans les selles ;
- a des vomissements persistants ;
- refuse toute alimentation ;
- a une température supérieure à 38,5°C ;
- est très fatigué ;
- n'est pas comme d'habitude.

**Consultez immédiatement votre médecin**

## SI VOTRE ENFANT VOMIT

Et si une des situations suivantes :

- il a un comportement inhabituel ;
- il a plus de 38,5°C ;
- il a plusieurs selles liquides ;
- il refuse de téter ou de boire ses biberons ;
- les vomissements sont répétés ;
- le vomissement est sanguin ou vert.

**Consultez immédiatement votre médecin**

## SI VOTRE ENFANT A DU MAL À RESPIRER

**Si le début de la gêne est brutal et/ou que votre enfant a avalé quelque chose de travers,appelez le 15 (SAMU).**

Si votre enfant se comporte comme d'habitude : il joue, bouge, mange :

- débouchez son nez souvent : lavez le nez avec du sérum physiologique (dosette ou pulvérisateur) et mouchez-le ;
- mettez-le en position semi-assise même la nuit ;
- faites-le boire souvent.

Si votre enfant (une des situations suivantes) :

- tousser sans arrêt ;
- siffle en respirant ;
- est gêné pour manger ou boire ;
- est très essoufflé ;
- n'est pas comme d'habitude ;
- a une température supérieure à 38,5°C ;
- a une voix différente.

**Consultez immédiatement votre médecin**

<sup>1</sup> SRO, disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non sucrée.

# Les troubles sensoriels et du neurodéveloppement

Des troubles sensoriels (vue et audition), peuvent gêner le développement de votre enfant. En cas de problème, une prise en charge précoce est recommandée.

## La VISION de votre bébé se développe dès les premières semaines de vie, soyez vigilants si :

- vous observez un reflet blanc dans le noir de la pupille ;
- il y a des antécédents de troubles oculaires dans votre famille ;
- votre enfant est né prématurément ;
- vous observez qu'un œil est rouge ;
- votre enfant louche, en permanence ou par moments ;
- ses yeux larmoient en permanence ;
- vous trouvez que son regard est inexpressif, qu'il cligne des yeux ou les plisse souvent.

Toute suspicion d'anomalie nécessite une consultation auprès d'un ophtalmologiste.

## L'AUDITION de votre bébé est essentielle pour qu'il apprenne à parler.

### Dès la naissance, soyez vigilants si :

- votre enfant ne réagit pas aux bruits inattendus ;
- quelqu'un dans votre famille a porté une prothèse auditive avant l'âge de 50 ans ;
- vous posez des questions sur l'audition de votre enfant.

**Ne laissez pas votre enfant de façon prolongée dans un environnement bruyant. Si vous suspectez des anomalies d'audition chez votre enfant, n'hésitez pas à consulter un médecin.**

**LE DÉVELOPPEMENT de votre enfant se fait à son rythme mais certains retards doivent inciter à agir et consulter rapidement votre médecin.**

### Soyez vigilants :

Si votre enfant est en retard pour s'asseoir, marcher, tenir des objets, parler, se socialiser. Un livret est à votre disposition pour noter vos observations avant d'aller chez le médecin : Livret « **Parents et professionnels de la petite enfance, soyons attentifs ensemble au développement de votre enfant** ».

Si votre médecin constate des écarts de développement, il vous orientera vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) qui organisera, pour votre enfant, des bilans et interventions sans avancer d'argent.

Scannez ce QR code pour télécharger le livret.



**Agir tôt permet d'améliorer le développement de votre enfant.**

**« Si vous avez remarqué quelque chose qui ne vous semble pas normal concernant la vision, l'audition ou le développement de votre enfant, parlez-en rapidement à votre médecin, qui vous conseillera et vous orientera vers un spécialiste ou une PCO, si nécessaire. »**



## Les premières dents

Les premières dents apparaissent généralement au cours de la première année. Vers 30 mois, l'enfant aura ses 20 dents temporaires (dites « de lait »). Il est important d'en prendre soin car elles servent à manger, parler, avoir un joli sourire et permettent le développement des mâchoires.

Les caries sur les dents de lait non traitées peuvent affecter les dents définitives.

Les premières dents définitives apparaissent vers 6 ans. Ce sont les dents que nous gardons à vie, c'est un capital précieux à entretenir.

### HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Les bonnes habitudes commencent tôt, dès l'éruption des dents, c'est le meilleur moyen pour éviter les caries.

Brossez les dents de votre enfant, 2 fois par jour (1 fois le matin et 1 fois le soir) avec un dentifrice fluoré.

La quantité de dentifrice varie avec l'âge (une trace jusqu'à 3 ans, un petit pois jusqu'à 6 ans, puis un tiers de la brosse à dent junior ou adulte).

Utilisez une brosse souple adaptée à l'âge de l'enfant. À chaque saison, il faut changer de brosse à dents, soit 4 brosses à dents par an.

Le brossage du soir doit se faire après la prise d'aliment. Plus aucun aliment ni boisson ne doivent être consommés après (en dehors de l'eau).

Les boissons sucrées sont sources de caries et d'autres problèmes tels que le surpoids. Habituez votre enfant à ne boire que de l'eau pendant et en dehors des repas.

En grandissant, votre enfant va apprendre à avoir un brossage efficace, n'hésitez pas à l'aider pour les dents du fond de la bouche.



### RENDEZ-VOUS CHEZ LE DENTISTE

La première consultation chez le dentiste est conseillée à 1 an, même en l'absence de signe particulier, puis au moins une fois par an.

À partir de 3 ans et jusqu'à 24 ans, votre enfant peut bénéficier d'examen bucco-dentaires de prévention gratuits grâce au programme M'T dents<sup>1</sup>. Le dentiste pourra remplir les pages 110 et 111 du carnet de santé.

### LES TRAUMATISMES DENTAIRES

En cas d'accident ou de chute, il faut consulter un dentiste, même s'il s'agit d'un simple choc.

#### LES BONS RÉFLEXES : LA MÉTHODE 1,2,3

1. Une visite par an chez le dentiste
2. Deux brossages des dents par jour (matin et soir)
3. Changer de brosse à dent tous les trois mois

<sup>1</sup> Pour plus d'information : [www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents](http://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents)



## Votre enfant et les écrans

**Interagir directement avec votre enfant est la meilleure façon de favoriser son développement.**

**Avant 3 ans,** pas d'écrans. Ne laissez pas votre enfant dans une pièce où un écran (téléviseur, tablette, ordinateur...) est allumé, même s'il ne le regarde pas.

**Entre 3 et 6 ans,** l'usage des écrans doit rester occasionnel, limité à des contenus à qualité éducative et accompagné par un adulte.

Ces conseils permettent de préserver votre enfant des effets négatifs des écrans, notamment sur le sommeil, le manque d'activité physique et la vue.

**Pour faciliter l'endormissement et améliorer le sommeil, éteignez tous les écrans 1h avant son coucher.**

Ne lui donnez pas de tablette, de smartphone, de casque audio ou des écouteurs pour le calmer ou l'endormir.

Dans les transports, plutôt que de donner votre téléphone à votre enfant, pensez à prendre des livres, une boîte de jeux ou de quoi dessiner.

**Essayez aussi de réduire votre propre temps d'écran en présence de vos enfants pour rester disponible et renforcer votre lien avec eux.**





# Protégez votre enfant

## SA SÉCURITÉ

**Ne laissez jamais votre bébé seul**

- dans son bain, sur la table à langer ;
- à la maison, dans la voiture ;
- à la garde d'un autre enfant ;
- dans une pièce avec un animal, même très familier.

Évitez les nouveaux animaux de compagnies (NAC) (notamment tortues et reptiles) afin de limiter le risque d'infections graves pouvant être transmises par ces animaux.

Les chaînes, cordons et colliers d'ambre autour du cou sont dangereux, **n'en faites pas porter à votre enfant.**

Ne le laissez pas boire son biberon seul.

Veillez à ce que le matériel utilisé (siège, lit, jouets, etc.) soit récent, ait le logo NF ou CE et soit adapté à son âge.



**En voiture**, quelle que soit la distance à parcourir, un enfant de moins de 10 ans doit être attaché dans un siège auto homologué, adapté à sa taille et à sa corpulence.

**En vélo**, un enfant doit savoir se tenir **en position assise**. Il doit être installé dans un siège homologué adapté à sa taille, muni d'une **ceinture de sécurité et d'un repose-pied jusqu'à 5 ans au moins**. Le port du **casque est obligatoire jusqu'à douze ans**, et fortement recommandé au-delà.

**Pendant les promenades en écharpe ou en porte-bébé**, installez votre bébé en position verticale, visage dégagé et à l'air libre. Veillez à ce qu'il n'ait pas la tête trop fléchie en avant.

## SURVEILLER, INTERDIRE, EXPLIQUER

**Portes** : apprenez à votre enfant à ne pas mettre ses doigts dans l'embrasure des portes.

**Escaliers** : apprenez à votre enfant à descendre et à monter les escaliers. En attendant qu'il puisse le faire seul, protégez-en l'accès.

**Fenêtres** : ne laissez pas votre enfant seul dans une pièce où les fenêtres sont ouvertes. Faites attention aux meubles ou aux objets proches des fenêtres sur lesquels il risquerait de grimper.

**Four** : préférez un four « porte froide » ou muni d'une grille de protection.

**Lave-vaisselle et lave-linge** : pensez à bien fermer la porte.

**Prises et appareils électriques** : protégez toutes vos installations électriques.

**Petits aliments et objets** : cacahuètes, noisettes, bonbons, billes, pièces de monnaie doivent être mis hors de portée des enfants.

**Emballages et objets contenant des « piles boutons » (télécommandes, thermomètres, appareils auditifs, etc.)** : conservez-les hors de portée et vérifiez que les compartiments à piles sont sécurisés.

**Objets coupants** : rangez les objets coupants (couteaux, ciseaux, etc.) hors de portée de votre enfant.

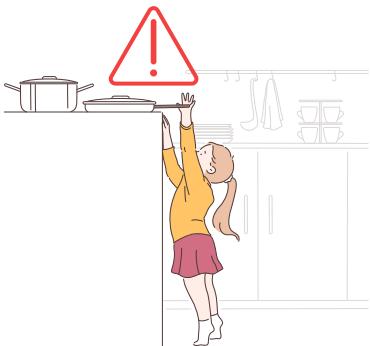


En cas d'ingestion de médicament, de produit ménager ou de produit chimique, ne pas faire vomir, ne pas faire boire.

**Appelez le 15 (SAMU)  
ou le 112  
(numéro d'urgence européen)**

En cas de brûlure, douchez la partie brûlée à l'eau fraîche pendant 5 à 10 minutes.

**Appelez le 15 (SAMU)  
ou le 112  
(numéro d'urgence européen)**



**Casserole, poêles** : pensez à toujours tourner leur manche pour qu'il soit inaccessible.

**Allumettes** : placez allumettes et briquets hors de portée des enfants.

**Sacs en plastique** : interdisez à votre enfant de jouer avec (risque d'étouffement). Rangez-les hors de sa portée.

**Produits dangereux** : rangez flacons, médicaments, dosettes de lessive, dosettes de lave-vaisselle, et produits d'entretien hors de portée de votre enfant.

**Utilisation d'un trotteur** : elle est déconseillée (risque de chute, retard de marche).

**Risque de noyade** : près de l'eau (bain, piscine, mer, etc.), ne quittez jamais votre enfant des yeux. Apprenez-lui à nager dès que possible

**Soleil** : pensez à protéger votre enfant du soleil (chapeau, lunettes, short long, tee-shirt à manches longues, crème solaire adaptée). Ne l'exposez pas aux heures les plus chaudes (entre 11 et 16h). Donnez-lui de l'eau régulièrement.

**Animaux** : ne laissez pas votre enfant seul avec votre animal domestique.



#### Inhalation d'un corps étranger

Si l'enfant peut tousser et respirer, c'est une **obstruction partielle** : encouragez-le à tousser, et surveillez-le attentivement.

Si l'enfant ne peut plus parler, tousser, a la bouche ouverte, s'agitte, devient bleu, c'est une **obstruction complète** : donnez 1 à 5 claques dans le dos. En cas d'infficacité :

- Enfant de moins de 2 ans : réalisez 1 à 5 compressions au **niveau thoracique**.
- Enfant de plus de 2 ans : réalisez 1 à 5 compressions au **niveau abdominal**.



Parents,  
formez-vous  
aux gestes  
de premiers  
secours.  
Scannez ce QR code



**Appelez le 15 (SAMU)**

**ou le 112**

(numéro d'urgence européen)



# 11-13 ans, l'entrée dans l'adolescence

## L'ADOLESCENCE, UN CHEMIN VERS L'AUTONOMIE

Avec la puberté, vont débuter d'importantes modifications physiques, intellectuelles et psychiques, qui feront de votre enfant un adolescent, puis un adulte. Tous ces changements le pousseront à se poser des questions et à tenter ses propres expériences.

À partir de maintenant, toujours avec votre aide, votre enfant va réclamer davantage d'autonomie pour participer aux choix qui le concernent, développer ses compétences et apprendre à s'occuper lui-même de sa santé.

**Les jeunes adolescents traversent une période à la fois heureuse, dynamique et fragile.** Il est essentiel de comprendre leurs désirs nouveaux d'indépendance. En même temps, votre enfant a toujours besoin de votre affection et de votre soutien.

**N'hésitez pas à consulter votre médecin si quelque chose vous préoccupe.  
Faites lire la rubrique suivante à votre enfant**



## Prendre soin de soi

Tu arrives à l'âge de l'adolescence. Progressivement, avec l'aide de tes parents, tu vas devenir autonome. Tu vas aussi devenir de plus en plus responsable de ta propre santé. Tu trouveras dans ce carnet les éléments de ton parcours de santé (poids, taille, vaccins, maladies, etc.) pour t'aider.

À l'adolescence tu deviens plus autonome, tu fais tes propres découvertes, c'est une belle période de la vie, mais qui n'est pas toujours facile. C'est normal de rencontrer des difficultés, de ne pas toujours être à l'aise avec les autres en classe et au-dehors, c'est important aussi de pouvoir en parler.

Si tu te sens mal, si le monde te paraît compliqué et que tu as l'impression d'avoir peu de prise sur lui, si tu as des idées noires ou des pensées suicidaires, si tu te sens harcelé(e), ne reste pas seul(e).

Autour de toi, il y a sûrement quelqu'un à qui tu peux te confier : parents, grand-parent, ami, infirmière scolaire, médecin, psychologue.

**Tu peux aussi appeler un numéro de téléphone anonyme et gratuit<sup>1</sup>. Un professionnel de l'écoute pourra te comprendre et t'aider.**

**Tu as entre 11 et 13 ans et tu vas rencontrer un médecin.**

Ton corps change, cet examen est l'occasion de parler de toi et de répondre aux questions que tu te poses sur ta santé, ton aspect physique, ta croissance.

Si tu le souhaites, tu peux demander à voir ton médecin seul.

**Si tu es victime ou  
témoin de harcèlement,  
appelle le 3018**

**Si tu as des idées noires ou  
que tu penses au suicide,  
appelle le 3114**

**Si tu te sens  
en danger,  
appelle le 119**

<sup>1</sup> Demande ce numéro à l'infirmière scolaire, à ton médecin ou en allant sur [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com).



## 15-16 ans, bientôt adulte

La puberté se poursuit, la période de scolarité obligatoire s'achève, l'adolescent(e) devra prendre des décisions pour son orientation.

Au cours de l'examen à 15-16 ans, tous les aspects de sa santé et de sa vie pourront être abordés.

**À cet âge, il est important qu'au moins une partie de la consultation ait lieu hors de la présence des parents.**

Une première consultation de gynécologie et d'information sur la sexualité est souvent utile en particulier en cas de règles douloureuses non calmées par les antalgiques pour éliminer ou prendre en charge une endométriose. Elle se limite le plus souvent à un entretien sans examen clinique.

*Faites lire la rubrique suivante à votre enfant*



## Tu as entre 15 et 16 ans et tu vas rencontrer un médecin

Cet examen est l'occasion de parler de toi et de répondre aux questions que tu te poses sur ta santé. Si tu le souhaites, tu peux demander à le voir seul.

- Si tu te sens souvent triste et fatigué(e), si tu as des idées noires ou des pensées suicidaires
- Si tu te sens harcelé(e)
- Si tu as des questions sur ton aspect physique, ta croissance, ton hygiène de vie.
- Si tu es une fille et que tes règles sont trop douloureuses ou abondantes.

Parles-en avec ton médecin<sup>1</sup>.

Tu peux aussi appeler un numéro de téléphone anonyme et gratuit<sup>2</sup>, un professionnel de l'écoute pourra te comprendre et t'aider.

Même mineur(e), tu peux consulter un médecin de ta propre initiative.  
Tu as droit au secret médical (rien ne sera communiqué à tes parents, sans ton accord.)

**Si tu es victime ou témoin de harcèlement, appelle le 3018**

**Si tu as des idées noires ou que tu penses au suicide, appelle le 3114**

**Si tu te sens en danger, appelle le 119**

<sup>1</sup> Ta propre carte Vitale t'est adressée par la Caisse d'assurance maladie dès tes 16 ans.

<sup>2</sup> Demande ce numéro à l'infirmière scolaire, à ton médecin ou en allant sur [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com).

## ÊTRE RESPONSABLE DE SA PROPRE SANTÉ

Pour essayer, par défi, pour faire comme les autres, ou parce que tu crois que tu te sentiras mieux, tu peux être tenté(e) de prendre des substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis ou autres drogues illégales, abus de médicaments, etc.) qui modifient le comportement, la conscience et l'humeur. Mais entre faire une expérience et risquer de devenir dépendant, il faut réfléchir. Tu risques aussi de ne plus te maîtriser, d'être violent envers toi-même, envers les autres ou d'être plus facilement victime de violence.

### Sur la route

Porter un casque en « deux-roues », respecter les limitations de vitesse, peut te sauver la vie. **N'accepte jamais de te faire ramener en voiture ou en « deux-roues »** par quelqu'un qui a bu de l'alcool ou consommé du cannabis ou d'autres substances psychoactives.



Le consentement, c'est exprimer son accord à l'autre et ce doit être la première chose à savoir avant que quelque chose de sexuel ait lieu. Si toi et ton ou ta partenaire décidez d'avoir des rapports sexuels, **le préservatif externe** (ou masculin) ou interne (ou féminin) vous protège de la transmission du VIH (virus responsable du sida) et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). C'est aussi un moyen contraceptif. **Il est délivré par le pharmacien, sans ordonnance, gratuitement et de manière anonyme pour les mineurs.**

Le médecin, la sage femme, le centre de santé sexuelle, le centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic (Cegidd) et l'infirmière scolaire peuvent te conseiller. **Le centre de santé sexuelle délivre aux mineur(e)s, gratuitement et de manière anonyme, les moyens contraceptifs réguliers ou d'urgence.**

Si tu as eu un rapport sexuel non ou mal protégé :

• **pour éviter une grossesse non désirée**, il faut prendre une contraception d'urgence le plus vite possible pour avoir un maximum d'efficacité (pas plus tard que cinq jours)<sup>1</sup>. Tu peux l'obtenir gratuitement et anonymement auprès du pharmacien, du centre de santé sexuelle, du Cegidd ou de l'infirmière scolaire. Si tu t'interroges sur une éventuelle interruption volontaire de grossesse (IVG), consulte sans attendre un médecin ou une sage femme. Cette consultation peut être gratuite et l'accord parental n'est pas obligatoire. **Tu peux obtenir des informations en appelant le numéro gratuit et anonyme « sexualités, contraception, IVG » :**

**0 800 08 11 11** Service & appel gratuits

ou en utilisant le Tchat<sup>2</sup>.



Pour vous connecter  
au Tchat.  
Scannez ce QR code

• si tu crains d'avoir été contaminé(e) par le VIH ou une autre IST, prends le plus vite possible contact avec un médecin, une sage femme, un Cegidd ou un centre de santé sexuelle.

Plus d'information  
sur la vie affective  
et sexuelle sur le site  
« On s'exprime ».  
Scannez ce QR code



<sup>1</sup> 3 jours pour le lévonorgestrel et 5 jours pour l'ulipristal acétate.

<sup>2</sup> Tchat gratuit

# SURVEILLANCE MÉDICALE



## Examen médical au cours de la 2<sup>e</sup> semaine

Date : \_\_\_\_\_  
 jour      mois      année

Poids : \_\_\_\_\_ kg   Taille : \_\_\_\_\_ cm   PC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ cm

Allaitement : lait maternel exclusif  mixte  lait infantile exclusif

Difficultés rapportées : oui  non

**Échelle colorimétrique des selles** (demander aux parents de quelle couleur sont les selles de leur enfant)



Couleur : anormale  normale

**En cas de selles de couleur anormale, un avis médical urgent est nécessaire.**

### EXAMEN CLINIQUE

Fréquence cardiaque au repos \_\_\_\_\_/min

Fréquence respiratoire au repos \_\_\_\_\_/min

|  |   |                            |   |
|--|---|----------------------------|---|
| Fémorales perçues :                                      | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Vigilance normale :        | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal :                             | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Tonus axial normal :       | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal :                                | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Tonus des membres normal : | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale :                                       | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Pied gauche normal :       | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Souffle cardiaque :                                      | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Pied droit normal :        | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Ictère :   | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Examen cutané normal :     | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Si oui, taux maximum à J (....)<br>de bilirubine : ..... | .....μmol/l   |                            |   |

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non  oui
- Hanche gauche normale : non  oui

Si anormal, orientation pour : échographie du bassin  avis spécialisé

**Organes génitaux** : masculin :  féminin :  Non déterminé :

Si anomalie, préciser : .....

## **VISION**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale                                | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles                                    | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil                             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux                                    | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux                            | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Strabisme unilatéral ou fixe                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Facteurs de risque de pathologie visuelle organique (voir p. 112) | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

## **AUDITION**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Réaction aux stimuli sonores :   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Position de couchage adaptée :   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Conseils donnés pour la prévention de la <b>mort inattendue</b> du nourrisson et du syndrome du <b>bébé secoué</b> : | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| Information sur le risque de <b>dépression post-partum</b> :   | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :   | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| Sensibilisation aux <b>risques environnementaux</b> :  | oui <input type="checkbox"/> |                              |

### **Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant a un mois

### À un mois, votre bébé :

- commence à faire des vocalises,
- sourit bien,
- fixe bien votre visage quand vous lui donnez à boire,
- vous regarde dans les yeux.

« Jusqu'à 2 mois  
votre bébé dort  
entre 15 et 17h  
par jour. »

### Si votre bébé :

- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas ;
- pleure pendant ou juste après avoir bu ;
- pleure beaucoup ;
- si vous avez des questions sur son sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, son développement.

### Parlez-en avec votre médecin.

*Si vous êtes fatigué-e, épuisé-e, si vous vous sentez triste, anxieux-se, si vous êtes souvent de mauvaise humeur, si vous avez le sentiment d'être débordé-e, de ne pas comprendre les demandes de votre bébé : sachez demander de l'aide et n'hésitez pas à en parler avec votre médecin, avec un psychologue ou avec un professionnel de la petite enfance.*



## Examen médical à 1 mois

Date :  jour  mois  année

Poids : , kg Taille :  cm PC : , cm

Allaitement : lait maternel exclusif  mixte  lait infantile exclusif

### Échelle colorimétrique des selles

(demander aux parents de quelle couleur sont les selles de leur enfant)

Anormales (couleurs pâles)

Normales (couleurs vives)

Blanc / Gris mastic

Jaune pâle

Beige

Jaune d'or

Ocre / bronze

Vert

Couleur : anormale  normale

**En cas de selles de couleur anormale, un avis médical urgent est nécessaire.**

---

## EXAMEN CLINIQUE

|                                |                              |   |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Auscultation cardiaque normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen cutané normal           | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vigilance normale              | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus axial normal             | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus des membres normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non  oui
- Hanche gauche normale : non  oui

Si anormal, orientation pour : échographie du bassin  avis spécialisé

---

## VISION

|   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| Globes oculaires de taille normale                                | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes   | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles                                    | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil                             | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux                                    | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux                            | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Strabisme unilatéral ou fixe                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Facteurs de risque de pathologie visuelle organique (voir p. 112) | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

---

## AUDITION

Réagit, sursaute, arrête son activité :

|           |                              |   |
|-----------|------------------------------|---|
| à la voix | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| au bruit  | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

---

## DÉVELOPPEMENT

|   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| Sur le ventre, soulève tête et épaules      | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mouvements variés des 4 membres             | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sourire-réponse                             | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Suit des yeux                               | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Émet une réponse vocale à une sollicitation | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Position de couchage adaptée :  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Conseils donnés pour la prévention de la <b>mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué</b> : | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| Information sur le risque de <b>dépression post-partum</b> :  | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :  | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| Sensibilisation aux <b>risques environnementaux</b> :   | oui <input type="checkbox"/> |                              |

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Positivité d'un test de dépistage néonatal : non  oui

Maladie confirmée : non  oui

Si oui, préciser la pathologie : .....

Information sur les premières vaccinations donnée aux parents

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant a 2 mois

### À 2 mois, votre bébé :

- réagit à votre voix et gazouille,
- commence à manifester des émotions comme la colère, la peur et la joie,
- sur le ventre commence à soulever sa tête puis ses épaules,
- commence à agripper certains objets.

« Jusqu'à 2 mois votre bébé dort entre 15 et 17h par jour. »

Le médecin va examiner votre enfant et commencer les vaccinations.  
N'hésitez pas à lui poser des questions.

Ne laissez pas votre enfant devant un écran (télévision, ordinateur portable...), cela nuit au développement de son cerveau.

Ne mettez aucun bijou autour du cou de votre enfant car il pourrait s'étouffer.



## Examen médical à 2 mois

Date : \_\_\_\_\_  
jour                    mois                    année

Poids : \_\_\_\_\_ kg      Taille : \_\_\_\_\_ cm      PC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ cm

Allaitement : lait maternel exclusif       mixte       lait infantile exclusif

Mode d'accueil      domicile       collectif       assistante maternelle

### EXAMEN CLINIQUE

|                                |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Auscultation cardiaque normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen cutané normal           | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Vigilance normale              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tonus axial normal             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tonus des membres normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non  oui
- Hanche gauche normale : non  oui

Si anormal, orientation pour : échographie du bassin       avis spécialisé

**VISION**

|  |                          |                                     |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Poursuite oculaire normale             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Strabisme unilatéral ou fixe           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**AUDITION**

|   |                              |   |          |                          |                              |   |
|---|------------------------------|---|----------|--------------------------|------------------------------|---|
| Réagit à la voix                                | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> | au bruit | <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue |                              |   |          | <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

**DÉVELOPPEMENT**

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| Bouge les 4 membres de manière variée et symétrique   | <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sourire-réponse   | <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Réagit à la voix des parents et aux présences familiaires   | <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Position de couchage adaptée :  | <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Conseils donnés pour la prévention de la <b>mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué</b> : |                          | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Information sur le risque de <b>dépression post-partum</b> :  |                          | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :  |                          | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sensibilisation aux <b>risques environnementaux</b> :   |                          | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

Vaccinations à jour      non     oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant a 3 mois

## **À 3 mois, votre bébé :**

- comprend et exprime ses émotions,
  - réagit à votre voix et aux présences familières,
  - commence à agripper certains objets,
  - commence à soutenir sa tête,
  - sourit et bouge les 4 membres de manière symétrique.

*Ne le laissez jamais seul, même un instant, dans le bain, sur la table à langer.*



## **Examen médical à 3 mois**

**Date :** [ ] jour mois année

**Poids :**  ,  kg    **Taille :**  cm    **PC :**  ,  cm

**Allaitement :** lait maternel exclusif  mixte  lait infantile exclusif

**Mode d'accueil** domicile  collectif  assistante maternelle

## **EXAMEN CLINIQUE**

|                                |                              |   |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Auscultation cardiaque normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen cutané normal           | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vigilance normale              | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus axial normal             | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus des membres normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non  oui
  - Hanche gauche normale : non  oui

Si anormal, orientation pour : échographie du bassin

avis spécialisé

---

**VISION**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes                    | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Poursuite oculaire normale             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Strabisme                              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**AUDITION**

Réagit à la voix      non       oui       au bruit      non       oui   
 Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue      non       oui

**DÉVELOPPEMENT**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Maintenu assis, tient sa tête droite                                  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sur le ventre, soulève tête et épaules<br>s'appuie sur les avant-bras | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Bouge vigoureusement les 4 membres de manière symétrique              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Commence à agripper certains objets                                   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Joue avec les mains   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Vocalise  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sourire-réponse   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tourne la tête pour suivre un objet                                   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

Position de couchage adaptée :      non       oui

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** :      oui

Information sur le risque de **dépression post-partum** :      oui

Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :      oui

Sensibilisation aux **risques environnementaux** :      oui

**L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?**

jamais       <1 fois/semaine       ≥ 1 fois/semaine

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Porteur d'un trait drépanocytaire hétérozygote : oui

Vaccinations à jour      non       oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant a 4 mois

### À 4 mois, votre bébé :

- s'agit ou pleure pour attirer l'attention,
- s'arrête de pleurer au son de votre voix.

« Vous allez commencer à diversifier son alimentation (voir pages 14 à 18). »



## Examen médical à 4 mois

Date : \_\_\_\_\_  
jour      mois      année

Poids : \_\_\_\_\_ kg   Taille : \_\_\_\_\_ cm   PC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ cm

Allaitement : lait maternel exclusif       mixte       lait infantile exclusif

Début de la diversification alimentaire : non    oui

Mode d'accueil      domicile       collectif       assistante maternelle

### EXAMEN CLINIQUE

|                                |                              |   |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Auscultation cardiaque normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen cutané normal           | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vigilance normale              | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus axial normal             | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus des membres normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale :    non     oui
- Hanche gauche normale :    non     oui

Si anormal, orientation pour : radiographie du bassin

avis spécialisé

### VISION

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| Globes oculaires de taille normale     | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes                    | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles         | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil  | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux         | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Poursuite oculaire normale             | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Strabisme unilatéral ou fixe           | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

**AUDITION**

Réagit à la voix      non       oui       au bruit      non       oui   
 Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue      non       oui

**DÉVELOPPEMENT**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Maintenu assis, tient sa tête droite                                  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sur le ventre, soulève tête et épaules<br>s'appuie sur les avant-bras | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Bouge vigoureusement les 4 membres de manière symétrique              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Commence à agripper certains objets                                   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Joue avec les mains   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Vocalise  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sourire-réponse   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tourne la tête pour suivre un objet                                   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

Position de couchage adaptée :      non       oui

**Conseils donnés pour la prévention de la mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué :**      oui

**Information sur le risque de dépression post-partum :**      oui

Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :      oui

Sensibilisation aux risques environnementaux :      oui

**L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?**

jamais       <1 fois/semaine       ≥ 1 fois/semaine

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....

Porteur d'un trait drépanocytaire hétérozygote : oui

Vaccinations à jour      non       oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

## AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

| DATE | ÂGE | POIDS | TAILLE | IMC | MOTIF |
|------|-----|-------|--------|-----|-------|
|      |     |       |        |     |       |

**CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS****CACHET ET SIGNATURE**



## Votre enfant a 5 mois

### À 5 mois, votre bébé :

- manifeste ses émotions,
- s'accroche à vous quand il est dans vos bras,
- remarque la présence de personnes qu'il ne connaît pas.

« Entre 4 et 9 mois votre enfant fait généralement 3 siestes : une le matin, une en début d'après-midi, une en fin d'après-midi. »

*Ne laissez pas votre enfant devant un écran (télévision, smartphone...) car cela nuit au développement de son cerveau.*



## Examen médical à 5 mois

Date : [ ] jour [ ] mois [ ] année

Poids : [ ] kg Taille : [ ] cm PC : [ ] cm

Allaitement : lait maternel exclusif  mixte  lait infantile exclusif

Début de la diversification alimentaire : non  oui

Mode d'accueil domicile  collectif  assistante maternelle

### EXAMEN CLINIQUE

|                                |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Auscultation cardiaque normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen cutané normal           | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tonus axial normal             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tonus des membres normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non  oui
- Hanche gauche normale : non  oui

Si anormal, orientation pour : radiographie du bassin

avis spécialisé

**VISION**

|  |                          |                                     |                          |                          |                                     |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Poursuite oculaire normale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Strabisme                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**AUDITION**

|   |                          |                                     |                                     |                          |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Réagit à la voix                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | au bruit                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tympan droit normal                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Tympan gauche normal                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

**DÉVELOPPEMENT**

|  |                          |                                     |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| Tient sa tête stable sans osciller   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tient assis en tripode, avec appui sur ses mains   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Saisit un objet tenu à distance  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Utilise une main ou l'autre, sans préférence   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cligne les yeux à l'approche d'un objet vers l'œil gauche ou l'œil droit                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Produit des sons variés (monosyllabes : « ba », « ga », « bo », « ma »...)                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tourne la tête pour regarder la personne qui parle   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sourit en réponse au sourire de l'adulte   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sollicite le regard de l'autre (ex. pleure quand on ne le regarde pas et s'arrête quand on le regarde) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Si certains items ne sont pas acquis, revoir l'enfant à 6 mois.

**A l'âge de 6 mois,  
si vous avez coché au moins  
2 cases « non » dans 2 champs  
de couleur différente,  
orienter vers une PCO<sup>1</sup>.**

Scannez ce QR code  
pour consulter en ligne  
le formulaire  
d'adressage et  
la liste des PCO.



**S'il existe par ailleurs un facteur  
de risque de TND et/ou  
une régression des compétences  
et/ou des comportements  
particuliers, se reporter  
à la page 113 pour connaître  
la conduite à tenir.**

Position de couchage adaptée : non  oui

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** : oui

Information sur le risque de **dépression post-partum** : oui

Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés : oui

Sensibilisation aux **risques environnementaux** : oui

**L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?**

jamais  <1 fois/semaine  ≥ 1 fois/semaine

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Porteur d'un trait drépanocytaire hétérozygote : oui

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant a 8 mois

**À 8 mois, votre bébé :**

- tient bien assis,
- aime jeter ses jouets pour que vous les ramassiez,
- commence à faire les marionnettes, « au revoir » avec la main ou le bras.

« Un médecin doit aux 8 mois de l'enfant (au cours de son 9<sup>e</sup> mois) effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le deuxième certificat de santé obligatoire à cet âge. »

*Dans la chaise haute, votre bébé doit toujours être attaché, ne le laissez jamais seul.*



## Examen médical à 8 mois

Date : \_\_\_\_\_  
 jour                      mois                      année

Poids : \_\_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_\_ cm    PC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ cm

Allaitement :    lait maternel exclusif                       mixte                       lait infantile exclusif

Diversification alimentaire :    non                       oui

Mode d'accueil                      domicile                       collectif                       assistante maternelle

Nombre d'enfants vivant au foyer : .....

Risque de saturnisme :    non                       oui

### EXAMEN CLINIQUE

|                                |                          |                                     |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Auscultation cardiaque normale | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen cutané normal           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus axial normal             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus des membres normal       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale :    non     oui
- Hanche gauche normale :    non     oui

Si anormal, orientation pour :    radiographie du bassin

avis spécialisé

## VISION

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes                    | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Poursuite oculaire normale             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Strabisme                              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

## AUDITION

|  |                                 |                                    |                                      |                              |                              |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Réagit à la voix   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | au bruit                             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue          |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tympan droit normal                                      | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Tympan gauche normal                                     | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Résultat   | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> |                                      |                              |                              |

## DÉVELOPPEMENT

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Tient sa tête stable sans osciller   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tient assis en triподе, avec appui sur ses mains   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Saisit un objet tenu à distance  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Utilise une main ou l'autre, sans préférence   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Cligne les yeux à l'approche d'un objet vers l'œil gauche ou l'œil droit                               | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Produit des sons variés (monosyllabes : « ba », « ga », « bo », « ma »...)                             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tourne la tête pour regarder la personne qui parle   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sourit en réponse au sourire de l'adulte   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sollicite le regard de l'autre (ex. pleure quand on ne le regarde pas et s'arrête quand on le regarde) | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**Si vous avez coché au moins  
2 cases « non » dans 2 champs  
de couleur différente,  
orienter vers une PCO<sup>1</sup>.**

Scannez ce QR code  
pour consulter en ligne  
le formulaire  
d'adressage et  
la liste des PCO.



**S'il existe par ailleurs un facteur  
de risque de TND et/ou  
une régression des compétences  
et/ou des comportements  
particuliers, se reporter  
à la page 113 pour connaître  
la conduite à tenir.**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Position de couchage adaptée :   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Conseils donnés pour la prévention de la <b>mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué</b> :  | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| Information sur le risque de <b>dépression post-partum</b> :   | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :   | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| Sensibilisation aux <b>risques environnementaux</b> :  | oui <input type="checkbox"/> |                              |
| <b>Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes</b> :  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| <b>L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?</b>   |                              |                              |
| jamais <input type="checkbox"/> <1 fois/semaine <input type="checkbox"/> ≥ 1 fois/semaine <input type="checkbox"/>   |                              |                              |
| <b>Accident domestique depuis la naissance</b>   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Si oui : intoxication <input type="checkbox"/> brûlures <input type="checkbox"/> chute/traumatismes <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> |                              |                              |

#### **Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

---



---



---



---



---

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

## AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

| DATE | ÂGE | POIDS | TAILLE | IMC | MOTIF |
|------|-----|-------|--------|-----|-------|
|      |     |       |        |     |       |

**CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS****CACHET ET SIGNATURE**



## Votre enfant a 11 mois

À 11 mois, votre bébé :

- exprime ses émotions,
- comprend certaines phrases simples,
- aime vous imiter (bravo, au revoir...),
- devient de plus en plus autonome,
- explore le monde qui l'entoure avec beaucoup de curiosité.

« Entre 9 et 12 mois  
votre enfant ne fait plus  
que 2 siestes. »



## Examen médical à 11 mois

Date : \_\_\_\_\_  
jour      mois      année

Poids : \_\_\_\_\_ kg   Taille : \_\_\_\_\_ cm   PC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ cm

Allaitement :   lait maternel exclusif       mixte       lait infantile exclusif

Diversification alimentaire :   non       oui

Mode d'accueil      domicile       collectif       assistante maternelle

Risque de saturnisme :   non       oui

### EXAMEN CLINIQUE

|                                |                              |   |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Auscultation cardiaque normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen cutané normal           | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus axial normal             | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tonus des membres normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

• Hanche droite normale :   non    oui

• Hanche gauche normale :   non    oui

Si anormal, orientation pour :   radiographie du bassin

avis spécialisé

**VISION**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes                    | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Poursuite oculaire normale             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Strabisme                              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**AUDITION**

|  |                                 |                                    |                                      |                              |                              |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| réagit à la voix   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | au bruit                             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue          |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tympan droit normal                                      | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Tympan gauche normal                                     | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Résultat   | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> |                                      |                              |                              |

**DÉVELOPPEMENT**

« L'évaluation détaillée  
du développement psychomoteur  
de votre enfant sera réalisée  
à l'âge de 12 mois. »

**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui

**Position de couchage adaptée :** non  oui

**Conseils donnés pour la prévention de la mort inattendue  
du nourrisson et du syndrome du bébé secoué :** oui

**Information sur le risque de dépression post-partum :** oui

**Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :** oui

**Sensibilisation aux risques environnementaux :** oui

**L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?**

jamais  <1 fois/semaine  ≥ 1 fois/semaine

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Vaccinations à jour      non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant a 12 mois

### À 12 mois, votre bébé :

- reconnaît mieux les personnes et les visages différents,
- fait des câlins/des bisous/des sourires.

*Ne laissez pas votre enfant devant un écran,  
cela nuit au développement de son cerveau.*



## Examen médical à 12 mois

Date :  jour  mois  année

Poids : , kg Taille : , cm PC : , cm

Allaitement : lait maternel exclusif  mixte  lait infantile exclusif

Diversification alimentaire : non  oui

Prise alimentaire nocturne : non  oui

Mode d'accueil domicile  collectif  assistante maternelle

Risque de saturnisme : non  oui

### EXAMEN CLINIQUE

|                                |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Auscultation cardiaque normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen cutané normal           | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tonus axial normal             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tonus des membres normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

### Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

• Hanche droite normale : non  oui

• Hanche gauche normale : non  oui

Si anormal, orientation pour : radiographie du bassin

avis spécialisé

## VISION

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil                                   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Poursuite oculaire normale  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux                                  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Strabisme   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Facteurs de risque de pathologie visuelle fonctionnelle (voir p. 112) : | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

## AUDITION

|  |                                 |                                    |                                      |                              |                              |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Réagit à la voix   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | au bruit                             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue          |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tympan droit normal                                      | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Tympan gauche normal                                     | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Résultat   | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> |                                      |                              |                              |

## DÉVELOPPEMENT

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Passe tout seul de la position couchée à la position assise    | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tient assis seul sans appui et sans aide, dos bien droit       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Utilise ses 4 membres pour se déplacer                         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Cherche l'objet que l'on vient de cacher                       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Prend les petits objets entre le pouce et l'index              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Manipule des deux mains  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Suit des yeux un objet en mouvement dans toutes les directions | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Réagit à son prénom  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Prononce des syllabes redoublées (ba ba, ta ta, pa pa, etc.)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Comprend l'interdit du « non »                                 | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Fait des gestes sociaux (au revoir, bravo)                     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Regarde ce que l'adulte lui montre avec le doigt               | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**Si vous avez coché au moins  
2 cases « non » dans 2 champs  
de couleur différente,  
orienter vers une PCO<sup>1</sup>.**

Scannez ce QR code  
pour consulter en ligne  
le formulaire  
d'adressage et  
la liste des PCO.



S'il existe par ailleurs un facteur  
de risque de TND et/ou  
une régression des compétences  
et/ou des comportements  
particuliers, se reporter  
à la page 113 pour connaître  
la conduite à tenir.

**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui

**Position de couchage adaptée :** non  oui

**Conseils donnés pour la prévention de la mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué :** oui

**Information sur le risque de dépression post-partum :** oui

**Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :** oui

**Sensibilisation aux risques environnementaux :** oui

**L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?**

jamais  <1 fois/semaine  ≥ 1 fois/semaine

#### Synthèse de la consultation

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

## AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

| DATE | ÂGE | POIDS | TAILLE | IMC | MOTIF |
|------|-----|-------|--------|-----|-------|
|      |     |       |        |     |       |

| CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS | CACHET ET SIGNATURE |
|------------------------------|---------------------|
|------------------------------|---------------------|



## Votre enfant a entre 16 à 18 mois

**Entre 16 et 18 mois, votre enfant :**

- aime attirer l'attention,
- aime qu'on lui raconte des histoires,
- utilise un objet pour en frapper un autre,
- commence à marcher seul et à monter les escaliers,
- commence à dire des mots et fait des mini expressions.

---

*Ne laissez pas votre enfant dans une pièce où un écran  
(téléviseur, tablette, ordinateur) est allumé.*

---



## Examen médical entre 16 et 18 mois

Date :   |\_\_\_\_\_| jour |\_\_\_\_\_| mois |\_\_\_\_\_| année |\_\_\_\_\_|

Poids : |\_\_\_\_\_|, |\_\_\_\_\_| kg   Taille : |\_\_\_\_\_|, |\_\_\_\_\_| cm   PC : |\_\_\_\_\_|, |\_\_\_\_\_| cm

Allaitement :   lait maternel exclusif       mixte       lait infantile exclusif

Mode d'accueil      domicile       collectif       assistante maternelle

Risque de saturnisme :      non       oui

---

### EXAMEN CLINIQUE

|                                |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Auscultation cardiaque normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Examen cutané normal           | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tonus axial normal             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tonus des membres normal       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Hernie inguinale               | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**Hanches** (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale :   non    oui
- Hanche gauche normale :   non    oui

Si anormal, orientation pour :   radiographie du bassin

avis spécialisé

**VISION**

|   |                          |                                     |                          |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Poursuite oculaire normale  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Strabisme   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Facteurs de risque de pathologie visuelle fonctionnelle (voir p. 112) : | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**AUDITION**

|  |                          |                                     |             |                          |                                     |
|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Réagit à la voix   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | au bruit    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue          |                          |                                     |             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tympan droit normal                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | non visible | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tympan gauche normal                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | non visible | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé |                          |                                     |             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Résultat   | normal                   | <input type="checkbox"/>            | à refaire   | <input type="checkbox"/> |                                     |

**DÉVELOPPEMENT**

|   |                          |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Se lève seul à partir du sol (transfert assis-debout sans aide)                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Marche sans aide, pieds à plat (plus de cinq pas)                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Empile deux cubes (à partir d'un modèle)  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Introduit un petit objet dans un petit récipient                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Désigne un objet sur une consigne orale (chat, ballon, voiture, etc.)           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Comprend les consignes simples (ouvre les yeux, lève la jambe, etc.)            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Dit spontanément cinq mots<br>(maman, dodo, papa, tiens, encore, etc.)          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Peut exprimer un refus (dit « non », secoue la tête,<br>repousse de la main)    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Montre avec le doigt ce qui l'intéresse pour attirer<br>l'attention de l'adulte | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Si certains items ne sont pas acquis, revoir l'enfant à l'âge de 18 mois révolus.

À 18 mois révolus,  
si vous avez coché au moins  
2 cases « non » dans 2 champs  
de couleur différente,  
orienter vers une PCO<sup>1</sup>.

Scannez ce QR code  
pour consulter en ligne  
le formulaire  
d'adressage et  
la liste des PCO.



S'il existe par ailleurs un facteur  
de risque de TND et/ou  
une régression des compétences  
et/ou des comportements  
particuliers, se reporter  
à la page 113 pour connaître  
la conduite à tenir.

**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui

**L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?**

jamais  <1 fois/semaine  ≥ 1 fois/semaine

#### **Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP..)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant a entre 23 à 24 mois

*Entre 23 et 24 mois,  
votre enfant :*

- utilise son index pour désigner quelqu'un ou quelque chose,
  - utilise seul sa cuillère,
  - vous imite dans la vie quotidienne,
  - vous sollicite pour jouer,
  - frappe dans un ballon.

« Un médecin doit, au cours du 24<sup>e</sup> mois, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le troisième certificat de santé obligatoire à cet âge. »

« Favorisez dès cet âge les sorties et les contacts de votre enfant avec les autres. »

*Avant 3 ans, évitez l'exposition aux écrans : télévision, ordinateur, tablette, smartphone.*



## **Examen médical entre 23 et 24 mois**

**Date :** [ ] jour      [ ] mois      [ ] année

**Poids :** [ ] , [ ] kg   **Taille :** [ ] cm   **PC :** [ ] , [ ] cm

Allaitement : lait maternel exclusif  mixte  lait infantile exclusif

**Mode d'accueil** domicile  collectif  assistante maternelle

**Nombre d'enfants vivant au foyer :**

Risque de saturnisme : non  oui

## **EXAMEN CLINIQUE**

#### Auscultation cardiaque normale

non  oui

#### Examen respiratoire normal

non

#### Examen abdominal normal

non  oui

## Examen cutané nor

non  oui

## Tonus axial normal

non  oui

### Tonus des memb

non  oui

## VISION

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Globes oculaires de taille normale     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Paupières tombantes                    | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Taille différente des pupilles         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Reflets anormaux dans les yeux         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Poursuite oculaire normale             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Strabisme                              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

## AUDITION

|  |                                 |                                    |                                      |                              |                              |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Réagit à la voix   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | au bruit                             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue          |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tympan droit normal                                      | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Tympan gauche normal                                     | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Résultat   | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> |                                      |                              |                              |

## DÉVELOPPEMENT

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Court avec des mouvements coordonnés des bras                              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Monte les escaliers marche par marche seul ou aidé                         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Shoote dans un ballon (après démonstration)                                | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Empile 5 cubes (sur modèle)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Utilise seul la cuillère (même si peu efficace)                            | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Peut pointer un objet ou une image montré(e) sur la table ou dans un livre | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Encastre des formes géométriques simples                                   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Dit spontanément plus de dix mots usuels                                   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Associe deux mots (bébé dodo, maman partie)                                | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Participe à des jeux de faire semblant, d'imitation (dînette, garage)      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| S'intéresse aux autres enfants (crèche, fratrie, etc.)                     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

Si certains items ne sont pas acquis, revoir l'enfant à l'âge de 2 ans révolus.

**À l'âge de 2 ans révolus,  
si vous avez coché au moins  
2 cases « non » dans 2 champs  
de couleur différente,  
orienter vers une PCO<sup>1</sup>.**

Scannez ce QR code  
pour consulter en ligne  
le formulaire  
d'adressage et  
la liste des PCO.



**S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaître la conduite à tenir.**

**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui

**L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?**

jamais  <1 fois/semaine  ≥ 1 fois/semaine

**Accident domestique depuis la naissance** non  oui

Si oui : intoxication  brûlures  chute/traumatismes  autres

**Âge de l'acquisition de la marche :** .....

#### Synthèse de la consultation

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

## AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

| DATE | ÂGE | POIDS | TAILLE | IMC | MOTIF |
|------|-----|-------|--------|-----|-------|
|      |     |       |        |     |       |

**CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS****CACHET ET SIGNATURE**



|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Poursuite oculaire normale             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Strabisme                              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| L'enfant a-t-il une correction ?       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**AUDITION**

|  |                                 |                                    |                                      |                              |                              |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Réagit à la voix   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | au bruit                             | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue          |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Tympan droit normal                                      | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Tympan gauche normal                                     | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé |                                 |                                    |                                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Résultat   | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> |                                      |                              |                              |

**DÉVELOPPEMENT**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Court avec des mouvements coordonnés des bras                              | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Monte les escaliers marche par marche seul ou aidé                         | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Shoote dans un ballon (après démonstration)                                | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Empile 5 cubes (sur modèle)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Utilise seul la cuillère (même si peu efficace)                            | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Peut pointer un objet ou une image montré(e) sur la table ou dans un livre | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Dit spontanément plus de dix mots usuels                                   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Associe deux mots (bébé dodo, maman partie)                                | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Participe à des jeux de faire semblant, d'imitation (dînette, garage)      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| S'intéresse aux autres enfants (crèche, fratrie, etc.)                     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**Si vous avez coché au moins 2 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO<sup>1</sup>.**

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.



**S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaître la conduite à tenir.**

**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui

**L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?**

jamais  <1 fois/semaine  ≥ 1 fois/semaine

**Activité physique (jeux, loisirs actifs...) au moins 3h/j :** non  oui

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant à 3 ans

### Entre trois et quatre ans votre enfant :

- aime jouer avec d'autres enfants,
- comprend et participe quand on lui raconte des histoires,
- lance la balle.
- Si on ne comprend pas bien votre enfant quand il parle ou si ses phrases ne sont pas bien construites.
- Si votre enfant fait des efforts pour parler, hésite beaucoup ou « bute » sur les mots.
- Si l'école vous a signalé un problème.
- Si vous trouvez que votre enfant tombe souvent.
- Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement, ou le comportement de votre enfant.

**Parlez-en avec votre médecin.**

*L'enfant et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, etc.) :*

- *Quel que soit son âge, évitez de mettre un écran dans la chambre où il dort ;*
- *Ne lui donnez pas de tablette ou de smartphone pour le calmer, ni pendant ses repas, ni avant son sommeil ;*
- *N'utilisez pas de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.*



## Examen médical à 3 ans

Date : \_\_\_\_\_  
jour      mois      année

Poids : \_\_\_\_\_ kg

Taille : \_\_\_\_\_ cm    PC : \_\_\_\_\_ cm    IMC : \_\_\_\_\_

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme :                  non                   oui

### EXAMEN CLINIQUE

|  |  |  |
|--|--|--|
| Auscultation cardiaque normale           | non <input type="checkbox"/>             | oui <input type="checkbox"/>                     |
| Examen abdominal normal                  | non <input type="checkbox"/>             | oui <input type="checkbox"/>                     |
| Examen respiratoire normal               | non <input type="checkbox"/>             | oui <input type="checkbox"/>                     |
| Respiration                              | nasale <input type="checkbox"/>          | buccale <input type="checkbox"/>                 |
| Ronflements                              | non <input type="checkbox"/>             | oui <input type="checkbox"/>                     |
| Nombre de dents <sup>1</sup> :           | cariées soignées _____<br>absentes _____ | cariées non soignées _____<br>traumatisées _____ |
| Conseils d'hygiène bucco-dentaire donnés | non <input type="checkbox"/>             | oui <input type="checkbox"/>                     |

<sup>1</sup> Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

## VISION

L'enfant a-t-il une correction ? non  oui

(si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

Acuité visuelle (mesurée avec une échelle d'images ou de lettres validée)

Test utilisé : ..... Normale (> 5/10)  anormale

Si anormale, préciser le côté : droit  gauche

Strabisme (recherche par test de l'écran) non  oui

Autoréfractométrie binoculaire : non  oui

Si oui, réalisée pendant la consultation  demandée à un orthoptiste/ophtalmologiste

Résultat .....

.....  
.....

## AUDITION

Tympan droit normal non  oui  non visible

Tympan gauche normal non  oui  non visible

Test à la voix chuchotée normal  à refaire  non fait

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé : non  oui

Résultat normal  à refaire

## DÉVELOPPEMENT

Monte l'escalier seul en alternant les pieds (avec la rampe) non  oui

Saute une marche non  oui

Empile huit cubes (à partir d'un modèle) non  oui

Copie un cercle (à partir d'un modèle visuel) non  oui

Enfile seul un vêtement (bonnet, pantalon, tee-shirt) non  oui

Dit des phrases de trois mots (avec sujet et verbe, objet) non  oui

Utilise son prénom ou le « je » quand il parle de lui non  oui

Comprend une consigne orale simple (sans geste de l'adulte) non  oui

Prend plaisir à jouer avec les enfants de son âge non  oui

Parvient à participer à une activité à deux ou à plusieurs non  oui

**Si vous avez coché au moins  
2 cases « non » dans 2 champs  
de couleur différente,  
orienter vers une PCO<sup>1</sup>.**

Scannez ce QR code  
pour consulter en ligne  
le formulaire  
d'adressage et  
la liste des PCO.



**S'il existe par ailleurs un facteur  
de risque de TND et/ou  
une régression des compétences  
et/ou des comportements  
particuliers, se reporter  
à la page 113 pour connaître  
la conduite à tenir.**

Propreté acquise : non  diurne  nocturne

Dans quelle classe est l'enfant : .....

**Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison ou à l'école :**

non  oui

Signes d'inquiétude, d'irritabilité, de nervosité,  
besoin de se cramponner à ses parents :

non  oui

Test de langage réalisé :

non  oui

Si oui lequel (DPL3, ERTL4...) : .....

Résultat : normal  à refaire

Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition

**Nombre d'heures de sommeil par nuit : \_\_\_\_\_**

**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui

**Utilisation des écrans limitée dans le temps :** non  oui

**Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant :** non  oui

**Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas :** non  oui

**En dehors de l'école, activité physique (jeux, loisirs actifs...)**

**au moins 3h/j :** non  oui

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris,  
les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
**Suivi(e) par :** kinésithérapeute  orthophoniste  psychomotricien(ne)   
psychologue  autre

Si autre préciser : .....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP..)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant a 4 ans

### Votre enfant :

- arrête de faire une sieste quotidienne (entre 3 et 6 ans),
- dort entre 10 et 12h par jour (entre 3 et 5 ans).

« Si votre enfant subit ou est exposé à des violences, cela a un impact négatif sur le développement de son cerveau. »

Avant 5 ans, n'exposez pas votre enfant à des écrans diffusant des images en 3D. C'est mauvais pour sa vue.



## Examen médical à 4 ans

Date : \_\_\_\_\_  
jour      mois      année

Poids : \_\_\_\_\_ kg

Taille : \_\_\_\_\_ cm    IMC : \_\_\_\_\_

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme : non  oui

### EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale

non  oui

Examen abdominal normal

non  oui

Examen respiratoire normal

non  oui

Respiration

nasale  buccale

Ronflements

non  oui

Nombre de dents<sup>1</sup> : cariées soignées \_\_\_\_\_

cariées non soignées \_\_\_\_\_

absentes \_\_\_\_\_

traumatisées \_\_\_\_\_

Brossage suffisant

non  oui

### VISION

L'enfant a-t-il une correction ?

non  oui

(si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

Acuité visuelle (mesurée avec une échelle d'images ou de lettres validée)

Test utilisé : ..... Normale (> 5/10)  anormale

Si anormale, préciser le côté :

droit  gauche

Poursuite oculaire normale :

non  oui

Test de vision stéréoscopique :

fait  non fait

Résultat :

normal  à refaire

Strabisme (recherche par test de l'écran)

non  oui

<sup>1</sup> Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

**Autoréfractométrie binoculaire** (si non réalisée à 3 ans) : non  oui

Si oui, réalisée pendant la consultation  demandée à un orthoptiste/ophtalmologiste

Résultat .....

## AUDITION

Tympan droit normal non  oui  non visible

Tympan gauche normal non  oui  non visible

**Test à la voix chuchotée** normal  à refaire  non fait

**Test d'audiologie quantitative** (normée, à 35 dB) réalisé : non  oui

Résultat normal  à refaire

## DÉVELOPPEMENT

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Saute à pieds joints (au minimum sur place)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Monte les marches, non tenu et en alternant les pieds   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Lance un ballon de façon dirigée  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sait pédaler (tricycle ou vélo avec stabilisateur)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Parvient à se tenir tranquille et à rester assis quand c'est nécessaire (à table, à l'école...) pendant une durée adaptée au contexte                 | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Dessine un bonhomme têteard    | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Copie une croix orientée selon le modèle (non dessiné devant lui) +  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Fait un pont avec trois cubes (après démonstration)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Enfile son manteau tout seul  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| A un langage intelligible par une personne étrangère à la famille   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Conjugue des verbes au présent  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Pose la question « Pourquoi ? »   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Réponds à des consignes avec deux variables<br>(va chercher ton manteau dans ta chambre)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| A des jeux imaginatifs avec des scénarios   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Compte (dénombré) quatre objets   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sait trier les objets par catégories (couleurs, formes, etc.)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Parvient le plus souvent à terminer une activité<br>ou un jeu à l'école ou à la maison (hors écran)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sait prendre son tour dans un jeu à deux ou à plusieurs   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**Si vous avez coché au moins 3 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO<sup>1</sup>.**

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.



**S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaître la conduite à tenir.**

Propreté acquise : non  diurne  nocturne

Dans quelle classe est l'enfant ? : .....

**Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison**

ou à l'école : non  oui

Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, peurs phobiques : non  oui

Test de langage réalisé : non  oui

Si oui lequel (ERTL4...) : .....

Résultat : normal  à refaire

Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition

---

Nombre d'heures de sommeil par nuit : .....

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non  oui

Utilisation des écrans limitée dans le temps : non  oui

Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant : non  oui

Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas : non  oui

En dehors de l'école, activité physique quotidienne : <1h  1 à 3h  >à 3h

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....

Suivi(e) par : kinésithérapeute  orthophoniste  psychomotricien(ne)   
psychologue  autre

Si autre préciser : .....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant à 5 ans

Votre enfant va bientôt entrer au cours préparatoire.

### Un bilan de son développement est nécessaire.

Le plus souvent, l'examen sera effectué par le médecin scolaire à l'école. Votre présence est importante. Si cet examen de prévention n'est pas effectué à l'école, pensez à le faire pratiquer par votre médecin à un moment où votre enfant n'est pas malade.

### Entre cinq et six ans votre enfant :

- est capable de décrire une image,
- son dessin s'organise peu à peu et le bonhomme a quatre membres, un tronc et une tête.

« Un enfant qu'on réconforte, se sent aimé, apprécié et en sécurité. »

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le développement ou le comportement de votre enfant, **parlez-en à votre médecin.**

*Quel que soit son âge, limitez le temps d'exposition de votre enfant aux écrans et n'utilisez pas de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.*



## Examen médical à 5 ans

Date : \_\_\_\_\_  
jour      mois      année      Poids : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kg

Taille : \_\_\_\_\_ cm      IMC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme : non  oui

### EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale      non  oui

Examen respiratoire normal      non  oui

Examen abdominal normal      non  oui

Nombre de dents<sup>1</sup> :      cariées soignées \_\_\_\_\_      cariées non soignées \_\_\_\_\_  
absentes \_\_\_\_\_      traumatisées \_\_\_\_\_

Brossage suffisant      non  oui

### VISION

L'enfant a-t-il une correction ?      non  oui

Anomalie anatomique des yeux      non  oui

Si oui préciser .....  
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux      non  oui

Strabisme      non  oui

<sup>1</sup> Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir page 110 à 111).

## AUDITION

|   |                                 |                                    |                                      |
|---|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Tympan droit normal   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |
| Tympan gauche normal  | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |
| <b>Test à la voix chuchotée</b>                                   | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> | non fait <input type="checkbox"/>    |
| <b>Test d'audiologie quantitative</b> (normée, à 35 dB) réalisé : |                                 |                                    |                                      |
| Fréquence   | 500 Hz                          | 1 000 Hz                           | 2 000 Hz                             |
| Oreille droite  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>             |
| Oreille gauche  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>             |
| Résultat :  | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> |                                      |

## DÉVELOPPEMENT

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Tient en équilibre sur un pied au moins cinq secondes sans appui   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Marche sur une ligne (en mettant un pied devant l'autre)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Attrape un ballon avec les mains   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Parvient à se tenir tranquille et à rester assis quand c'est nécessaire (à table, à l'école...)                | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Dessine un bonhomme (au moins deux ovales)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Copie son prénom en lettres majuscules (sur modèle)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Copie un carré (avec quatre coins distincts)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Fait des phrases de 6 mots avec une grammaire (syntaxe) correcte   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Comprend des éléments de topologie (dans/sur/derrière)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nomme au moins 3 couleurs  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Décris une scène sur une image (personnages, objets, actions)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Compte jusqu'à dix (comptine numérique)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Maintient son attention dix minutes sur une tâche qui l'intéresse, sans recadrage (les écrans ne comptent pas) | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Connaît les prénoms de plusieurs de ses camarades  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Participe à des jeux collectifs en respectant les règles   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**Si vous avez coché au moins 3 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO<sup>1</sup>.**

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.



S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaître la conduite à tenir.

Propreté acquise : non  diurne  nocturne

Dans quelle classe est l'enfant ? : .....

**Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison ou à l'école :**

Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, peurs phobiques : non  oui

Test de langage réalisé : non  oui   
Si oui lequel (ERTLA6...) : .....  
Résultat : normal  à refaire

Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition

**Comportement global :**

Autonomie non  oui

Spontanéité non  oui

Capacité d'attention non  oui

**Nombre d'heures de sommeil par nuit :** ....

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non  oui

Utilisation des écrans limitée dans le temps : non  oui

Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant : non  oui

Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas : non  oui

En dehors de l'école, activité physique quotidienne : <1h  1 à 3h  >à 3h

Pratique hebdomadaire d'un sport : non  1 à 2 fois  3 fois ou plus

Si oui lequel .....

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
**Suivi(e) par :** kinésithérapeute  orthophoniste  psychomotricien(ne)   
psychologue  autre

Si autre préciser : .....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (CAMSP, centre de référence, réseau...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

## AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

| DATE | ÂGE | POIDS | TAILLE | IMC | MOTIF |
|------|-----|-------|--------|-----|-------|
|      |     |       |        |     |       |

**CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS****CACHET ET SIGNATURE**



## Votre enfant a 6 ans

Un bilan de son développement est nécessaire et sera fait de préférence au cours du 2<sup>e</sup> trimestre de l'année scolaire

### Entre six et sept ans votre enfant

- est capable de raconter des petites histoires
- se fait des amis à l'école

« Votre enfant grandit, il développe son autonomie avec votre aide. Il a besoin de votre accompagnement pour son entrée à l'école élémentaire. »

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le développement ou le comportement de votre enfant, **parlez-en à votre médecin.**



## Examen médical à 6 ans

Date : [ ] jour [ ] mois [ ] année      Poids : [ ] , [ ] kg

Taille : [ ] cm      IMC : [ ] , [ ]

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme : non  oui

Auscultation cardiaque normale

non  oui

Examen respiratoire normal

non  oui

Examen abdominal normal

non  oui

Signes de puberté précoce

non  oui

Nombre de dents<sup>1</sup> : cariées soignées [ ] cariées non soignées [ ]

absentes [ ] traumatisées [ ]

Brossage suffisant      non  oui

### VISION

L'enfant a-t-il une correction ?      non  oui

(si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

Acuité visuelle (mesurée avec une échelle d'images ou de lettres validée)

Test utilisé : .....

Normal (>5/10)  anormal

si anormale, précisez le côté : droit  gauche

Strabisme (recherche par test de l'écran)      non  oui

Poursuite oculaire normale      non  oui

<sup>1</sup> Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen bucco-dentaire et de soins réalisé par un dentiste (cf. pages 110 et 111).

Autoréfractométrie binoculaire (si non réalisé à 5 ans) : non  oui   
 Si oui, réalisée pendant la consultation demandée à un orthoptiste/ophtalmologiste  
 Résultat .....  
 Test de vision des couleurs : fait  non fait   
 Résultat : normal  à refaire   
 Avis spécialisé demandé non  oui

### AUDITION

Tympan droit normal non  oui  non visible   
 Tympan gauche normal non  oui  non visible   
**Test à la voix chuchotée** normal  à refaire  non fait   
**Test d'audiologie quantitative** (normée, à 35 dB) réalisé : non  oui   
 Fréquence 500 Hz 1 000 Hz 2 000 Hz 4 000 Hz 8 000 Hz  
 Oreille droite       
 Oreille gauche       
 Résultat : normal  à refaire

Propreté nocturne acquise : non  oui   
 Dans quelle classe est l'enfant : Grande section de maternelle  CP   
 CE 1  autre   
 Bonne adaptation au rythme scolaire : non  oui   
**Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison ou à l'école :** non  oui   
 Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, peurs phobiques : non  oui   
 L'enfant mange-t-il à la cantine ? non  oui   
 Test de langage réalisé non  oui   
 Résultat : normal  à refaire   
 Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition   
**Comportement global :**  
 Autonomie non  oui   
 Spontanéité non  oui   
 Capacité d'attention non  oui

Nombre d'heures de sommeil par nuit :     
**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui   
 ronflements  fatigue au réveil  hypersudation nocturne   
**Utilisation des écrans limitée dans le temps :** non  oui   
**Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant :** non  oui   
**Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas :** non  oui   
**En dehors de l'école, activité physique quotidienne :** <1h  1 à 3h  >à 3h   
**Pratique hebdomadaire d'un sport :** non  1 à 2 fois  3 fois ou plus   
 Si oui lequel .....

## DÉVELOPPEMENT

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Saute à cloche pied trois à cinq fois (sur place ou en avançant)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Court de manière fluide et sait s'arrêter net   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Est capable de marcher sur les pointes ou sur les talons  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Parvient à se tenir tranquille et à rester assis quand c'est nécessaire (à table, à l'école)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Ferme seul son vêtement (boutons ou fermeture éclair)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Touche avec son pouce chacun des doigts de la même main après démonstration   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Copie un triangle   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Se lave et/ou s'essuie les mains sans assistance  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Peut raconter une petite histoire de manière structurée (avec un début, milieu et fin – par exemple, histoire qu'on lui a lue, dessin animé qu'il a vu, événement qui lui est arrivé,...) | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Peut dialoguer en respectant le tour de parole  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| S'exprime avec des phrases construites (grammaticalement correctes)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Dénombrer dix objets présentés (crayons, jetons, etc.)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Peut répéter dans l'ordre trois chiffres non sériés (5, 2, 9)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Reconnait tous les chiffres (de 0 à 9)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Maintient son attention dix minutes sur une activité ou tâche qui l'intéresse, sans recadrage (les écrans ne comptent pas)  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Est autonome pour réaliser spontanément des routines comprenant plusieurs tâches du début jusqu'à la fin (par exemple, au coucheur, il se brosse les dents et se met en pyjama)           | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Reconnait l'état émotionnel d'autrui et réagit de manière ajustée (sauf consoler son/sa camarade)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Sait se faire des amis et les garder  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Montre des intérêts diversifiés par rapport à son âge (n'a pas d'intérêt restreint très particulier, pas d'attachement exclusif à un objet, ne parle pas toujours de la même chose, etc.) | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**Si vous avez coché au moins  
3 cases « non » dans 2 champs  
de couleur différente,  
orienter vers une PCO<sup>1</sup>.**

Scannez ce QR code  
pour consulter en ligne  
le formulaire  
d'adressage et  
la liste des PCO.



**S'il existe par ailleurs un facteur  
de risque de TND et/ou  
une régression des compétences  
et/ou des comportements  
particuliers, se reporter  
à la page 113<sup>2</sup> pour connaître  
la conduite à tenir.**

1 Plateforme de coordination et d'orientation

2 Page d'information sur les TND

**Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

---



---



---



---



---



---



---

**Suivi(e) par :** kinésithérapeute  orthophoniste  psychomotricien(ne)   
psychologue  autre

Si autre préciser : .....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour      non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé  PCO

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CMP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



# Votre enfant a entre 8 et 9 ans

**Entre 6 et 8 ans, votre enfant apprend avec votre aide**

- à devenir autonome,
- à se déplacer dans la rue et à traverser : montrez-lui comment faire,
- à faire du vélo sans petites roues : mettez-lui un casque.

« *À partir de 6 ans, votre enfant pratique au moins une heure d'activité physique par jour.* »

Dans 95 % des cas, la puberté débute entre 8 et 13 ans chez la fille, 9 et 15 ans chez le garçon<sup>1</sup>

*Quel que soit son âge, évitez les téléviseurs et les écrans dans sa chambre*



## Examen médical entre 8 et 9 ans

Date : [ ] jour [ ] mois [ ] année      Poids : [ ] , [ ] kg

Taille : [ ] cm    IMC : [ ] , [ ]    Surpoids :      non     oui

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme :    non     oui

### EXAMEN CLINIQUE

|                                |                              |   |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Auscultation cardiaque normale | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen respiratoire normal     | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Examen abdominal normal        | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles de l'équilibre        | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Scoliose                       | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

Si autre anomalie de la statique vertébrale préciser .....

Acné      non     oui

Nævi (nombre) : [ ]

**Signes pubertaires présents**      non     oui

Si oui stade de maturation pubertaire (stades de Tanner) :

Fille (S1 à S5) [ ]    (P1 à P5) [ ]

Règles :      non     oui

Si oui : date des premières règles [ ] jour [ ] mois [ ] année

Règles douloureuses ou abondantes      non     oui

1 L'âge du début de la puberté est très variable d'une personne à l'autre, y compris dans une même famille. La puberté débute chez la fille par le développement des seins, chez le garçon par une augmentation du volume testiculaire.

|  |   |   |                                       |                              |                              |
|--|---|---|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Garçon (G1 à G5)</b>                | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                      | <b>(P1 à P5)</b>                      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| Testicules en place                    |   |   |                                       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Verge de taille et morphologie normale |   |   |                                       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| <b>Nombre de dents<sup>1</sup> :</b>   | cariées soignées <input type="checkbox"/> | cariées non soignées <input type="checkbox"/> |                                       |                              |                              |
|  | absentes <input type="checkbox"/>         |   | traumatisées <input type="checkbox"/> |                              |                              |
| <b>Brossage suffisant</b>              |   |   |                                       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**VISION**

|   |  |                              |                              |
|---|--|------------------------------|------------------------------|
| Anomalie anatomique des yeux                      |  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Si oui préciser .....                             |  |                              |                              |
| L'enfant a-t-il une correction ?                  |  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux            |  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Strabisme   |  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Se plaint de ne pas bien voir                     |  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Comportement de malvoyance                        |  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Vision double                                     |  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Maux de tête après effort visuel de près prolongé |  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**AUDITION**

|   |                                 |                                    |                                      |
|---|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Tympan droit normal   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |
| Tympan gauche normal  | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |
| <b>Test à la voix chuchotée</b>   | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> | non fait <input type="checkbox"/>    |
| <b>Test d'audiologie quantitative</b> (normée, à 35 dB) réalisé :             |                                 | non <input type="checkbox"/>       | oui <input type="checkbox"/>         |
| Fréquence 500 Hz  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>             |
| 1 000 Hz  |                                 |                                    | <input type="checkbox"/>             |
| 2 000 Hz  |                                 |                                    | <input type="checkbox"/>             |
| Oreille droite  | <input type="checkbox"/>        |                                    | <input type="checkbox"/>             |
| Oreille gauche  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>             |
| Résultat : normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/> |                                 |                                    |                                      |

**DÉVELOPPEMENT**

|                                 |                              |                              |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Motricité globale adaptée       | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Motricité fine adaptée          | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| S'habille entièrement seul      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Débit de parole normal          | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Connait les jours de la semaine | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

Dans quelle classe est l'enfant .....

Difficulté dans les apprentissages scolaires

|                              |                                  |                                   |                                 |                                 |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Non <input type="checkbox"/> | lecture <input type="checkbox"/> | écriture <input type="checkbox"/> | calcul <input type="checkbox"/> | global <input type="checkbox"/> |
| Si oui, pris en charge       |                                  |                                   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>    |
| Bilan demandé                |                                  |                                   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>    |
| Test de langage réalisé :    |                                  |                                   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>    |

Si oui lequel : .....

Résultat : normal  à refaire Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition 

1 Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen bucco-dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

**Modifications familiales ou de conditions de vie depuis la dernière consultation :** non  oui

**Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison ou à l'école :** non  oui

Symptômes anxieux (Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, TOC, plaintes somatiques, peur du regard des autres...) non  oui

Sentiment de harcèlement : non  oui

Si autres signes de mal être préciser : .....

**Nombre d'heures de sommeil par nuit :** \_\_\_\_\_

**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui

**Utilisation des écrans limitée dans le temps :** non  oui

**Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant :** non  oui

**Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas :** non  oui

**En dehors de l'école, activité physique (jeux, loisirs actifs...)**

<1h  1 à 3h  >à 3h

**Pratique hebdomadaire d'un sport :** non  1 à 2 fois  3 fois ou plus

Si oui lequel .....

#### **Synthèse de la consultation**

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....

**Suivi(e) par :** kinésithérapeute  orthophoniste  psychomotricien(ne)   
psychologue  autre

Si autre préciser : .....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CMP...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## **Garçon (G1 à G5) \_\_\_\_\_ (P1 à P5) \_\_\_\_\_**

|  |   |   |
|--|---|---|
| Testicules en place                    | non <input type="checkbox"/>              | oui <input checked="" type="checkbox"/>       |
| Verge de taille et morphologie normale | non <input type="checkbox"/>              | oui <input checked="" type="checkbox"/>       |
| <b>Nombre de dents<sup>1</sup>:</b>    | cariées soignées <input type="checkbox"/> | cariées non soignées <input type="checkbox"/> |
|  | absentes <input type="checkbox"/>         | traumatisées <input type="checkbox"/>         |
| <b>Brossage suffisant</b>              |   | non <input type="checkbox"/>                  |
|  |   | oui <input checked="" type="checkbox"/>       |

## **VISION**

|   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| Anomalie anatomique des yeux                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si oui préciser.....                              |                              |   |
| L'enfant a-t-il une correction ?                  | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux            | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Strabisme   | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se plaint de ne pas bien voir                     | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Comportement de malvoyance                        | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vision double                                     | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maux de tête après effort visuel de près prolongé | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |

## **AUDITION**

|   |                                 |                                    |   |
|---|---------------------------------|------------------------------------|---|
| Tympan droit normal   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/>    |
| Tympan gauche normal  | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/>    |
| Test à la voix chuchotée  | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> | non fait <input type="checkbox"/>       |
| Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé :                    |                                 | non <input type="checkbox"/>       | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fréquence 500 Hz 1 000 Hz 2 000 Hz 4 000 Hz 8 000 Hz                          |                                 |                                    |   |
| Oreille droite  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                |
| Oreille gauche  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                |
| Résultat : normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/> |                                 |                                    |   |

## **DÉVELOPPEMENT**

Dans quelle classe est l'enfant : .....

Scolarité excellente  bonne  moyenne  difficile

**Modifications familiales ou de conditions de vie depuis la dernière consultation :** non  oui

## **ÉTAT PSYCHO-AFFECTIF**

|   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| Symptômes dépressifs (humeur triste, déprimée ou désespérée, perte d'intérêt ou de plaisir, idées suicidaires, scarifications...)   | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Symptômes anxieux (Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, TOC, plaintes somatiques, peur du regard des autres, évitement...) | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sentiment de harcèlement  | non <input type="checkbox"/> | oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si autres signes de mal être préciser :.....  |                              |   |

Consommation de : tabac  alcool  cannabis  autre

<sup>1</sup> Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

Test de langage réalisé : non  oui

Si oui lequel : .....

Résultat : normal  à refaire

Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition

**Nombre d'heures de sommeil par nuit :** \_\_\_\_\_

**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui

**Nombre d'heures passées devant un écran par jour :** \_\_\_\_\_ h

**Contrôle du contenu et images visionnées :** non  oui

**Utilisation des écrans dans un objectif précis pour réaliser une tâche limitée dans le temps :** jamais  rarement  la plupart du temps

**En dehors de l'école, activité physique (jeux, loisirs actifs...)**

<1h  1 à 3h  >> 3h

**Pratique hebdomadaire d'un sport :** non  1 à 2 fois  3 fois ou plus

Si oui lequel .....

#### Synthèse de la consultation

(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Suivi(e) par :** kinésithérapeute  orthophoniste  psychomotricien(ne)   
psychologue  autre

Si autre préciser : .....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CMP, MDA...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :



## Votre enfant a entre 15 et 16 ans



« En cas de  
harclement scolaire,  
ou de cyberharclement,  
appelez le 3018. »



## Examen médical entre 15 et 16 ans

Date : [ ] jour [ ] mois [ ] année

Poids : [ ] , [ ] kg

Taille : [ ] cm IMC : [ ] , [ ] Surpoids : non  oui

TA : ...../.....mm Hg

### EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale

non  oui

Examen respiratoire normal

non  oui

Examen abdominal normal

non  oui

Troubles de l'équilibre

non  oui

Scoliose

non  oui

Si autre anomalie de la statique vertébrale préciser .....

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Acné   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nævi (nombre) : <u>  </u>  |                              |                              |
| <b>Signes pubertaires présents</b>   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| <b>Si oui stade de maturation pubertaire</b> (stades de Tanner) :                              |                              |                              |
| Fille (S1 à S5) <u>  </u> (P1 à P5) <u>  </u>  |                              |                              |
| Règles :   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Si oui : date des premières règles <u>  </u> jour <u>  </u> mois <u>  </u> année <u>  </u>     |                              |                              |
| Règles douloureuses ou abondantes  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Si oui, information sur l'endométriose   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Orientation vers une consultation gynécologique :  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| <b>Garçon</b> (G1 à G5) <u>  </u> (P1 à P5) <u>  </u>  |                              |                              |
| Testicules en place  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Verge de taille et morphologie normale   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Information sur la santé sexuelle et les moyens de contraception                               | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| <b>Nombre de dents<sup>1</sup></b> : cariées soignées <u>  </u> cariées non soignées <u>  </u> |                              |                              |
| absentes <u>  </u> traumatisées <u>  </u>  |                              |                              |
| Brossage suffisant   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**VISION**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Anomalie anatomique des yeux                      | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Si oui préciser .....                             |                              |                              |
| L'enfant a-t-il une correction ?                  | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Nystagmus/mouvements anormaux des yeux            | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Strabisme   | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Se plaint de ne pas bien voir                     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Comportement de malvoyance                        | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Vision double                                     | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Maux de tête après effort visuel de près prolongé | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la vision des couleurs                | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

**AUDITION**

|   |                                 |                                    |                                      |
|---|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Tympan droit normal   | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |
| Tympan gauche normal  | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       | non visible <input type="checkbox"/> |
| Test à la voix chuchotée  | normal <input type="checkbox"/> | à refaire <input type="checkbox"/> | non fait <input type="checkbox"/>    |
| Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé :                    | non <input type="checkbox"/>    | oui <input type="checkbox"/>       |                                      |
| Fréquence 500 Hz 1 000 Hz 2 000 Hz 4 000 Hz 8 000 Hz                          |                                 |                                    |                                      |
| Oreille droite <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>             |
| Oreille gauche <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>             |
| Résultat : normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/> |                                 |                                    |                                      |

<sup>1</sup> Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

---

## DÉVELOPPEMENT

Dans quelle classe est l'adolescent : .....

Scolarité excellente  bonne  moyenne  difficile

**Modifications familiales ou de conditions de vie**

depuis la dernière consultation : non  oui

---

## ÉTAT PSYCHO-AFFECTIF

Symptômes dépressifs (humeur triste, déprimée ou désespérée,  
perte d'intérêt ou de plaisir, idées suicidaires, scarifications...) non  oui

Symptômes anxieux (Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré,  
TOC, plaintes somatiques, peur du regard des autres, éviteme...nt...) non  oui

Sentiment de harcèlement non  oui

Si autres signes de mal être, préciser :.....

Consommation de : tabac  alcool  cannabis  autre

L'alimentation est-elle un sujet de désaccord ? non  oui

---

**Nombre d'heures de sommeil par nuit :** \_\_\_\_\_

**Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes :** non  oui

**Nombre d'heures passées devant un écran par jour :** \_\_\_\_\_ h

**Contrôle du contenu et images visionnées :** non  oui

**Utilisation des écrans dans un objectif précis pour réaliser une tâche limitée dans le temps :**

jamais  rarement  la plupart du temps

**En dehors de l'école, activité physique (jeux, loisirs actifs...)**

<1h  1 à 3h  >à 3h

**Pratique hebdomadaire d'un sport :** non  1 à 2 fois  3 fois ou plus

Si oui lequel .....  
.....

**Examen somatique et synthèse de la consultation**  
 (indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Suivi(e) par :** kinésithérapeute  orthophoniste  psychomotricien(ne)   
 psychologue  autre

Si autre préciser : .....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non  oui

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20....

Avis médical spécialisé demandé : oui  Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé

Structure pluridisciplinaire (CMP, MDA, centre de référence, réseau...)

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

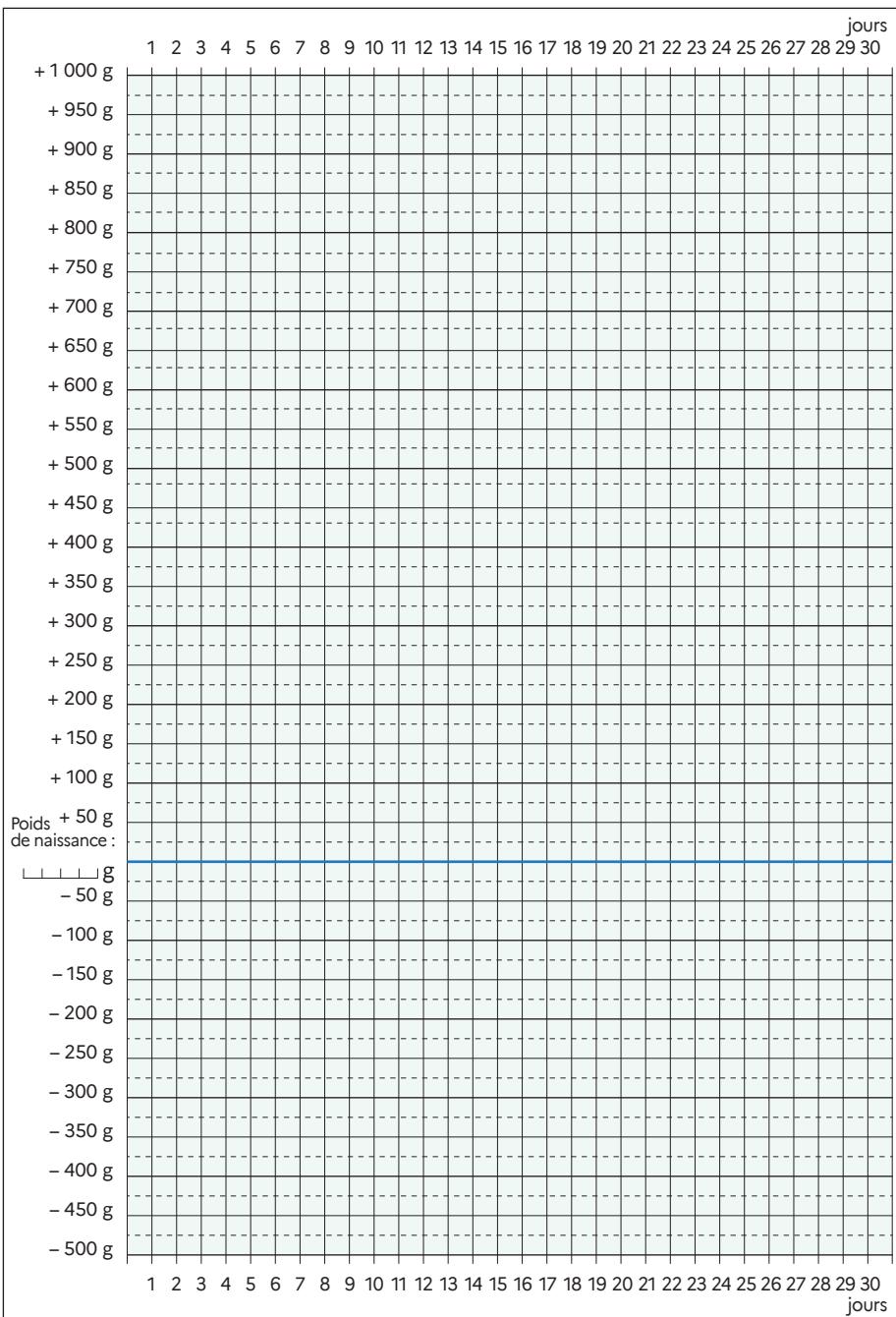
## AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

| DATE | ÂGE | POIDS | TAILLE | IMC | MOTIF |
|------|-----|-------|--------|-----|-------|
|      |     |       |        |     |       |

| CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS | CACHET ET SIGNATURE |
|------------------------------|---------------------|
|------------------------------|---------------------|



## COURBE DE POIDS (g) DU PREMIER MOIS

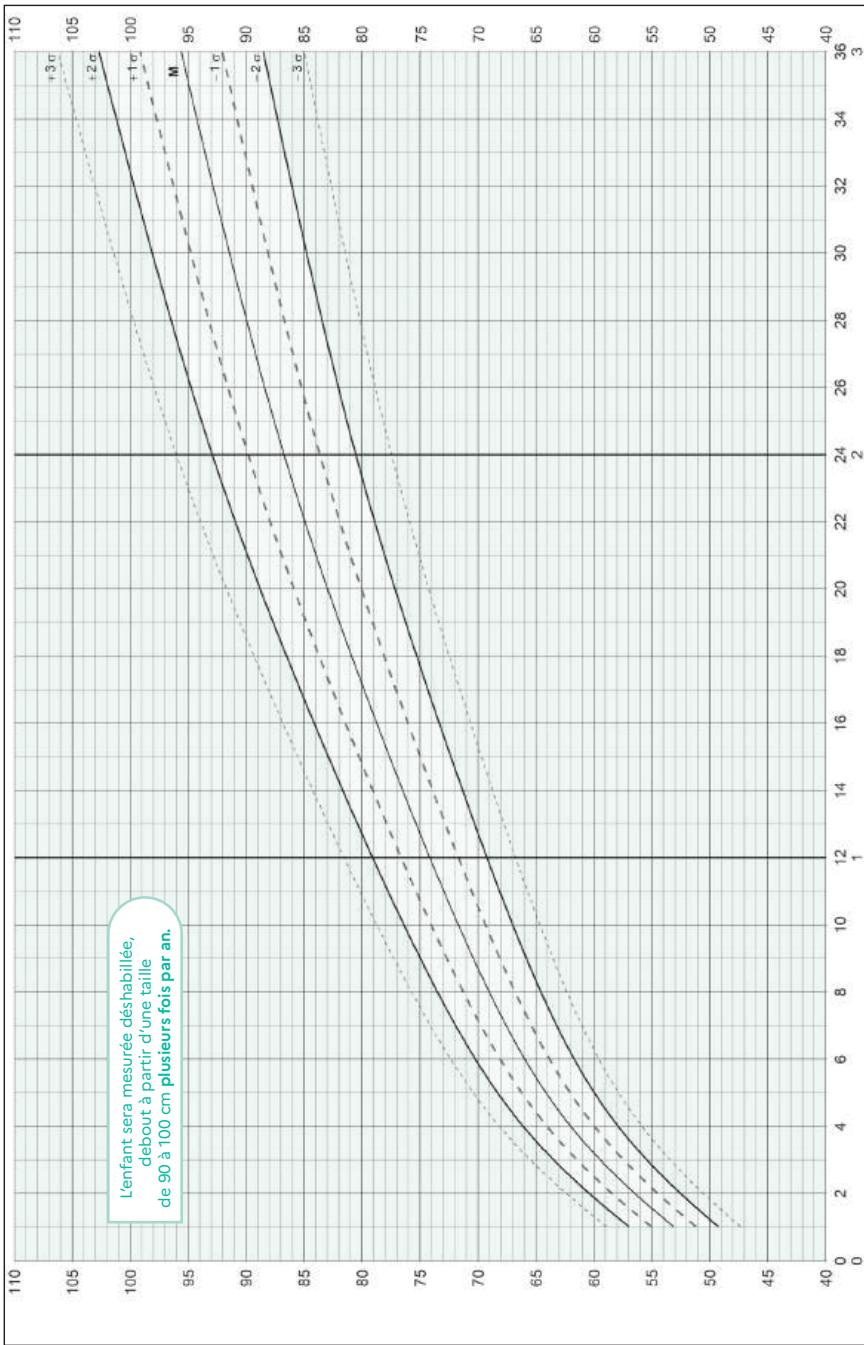


Lorsque votre enfant est pesé et mesuré, reportez son poids en fonction de son âge sur ce graphique pour suivre son évolution pendant les 30 premiers jours qui suivent sa naissance.



## TAILLE DES FILLES

de 1 mois à 3 ans (cm)

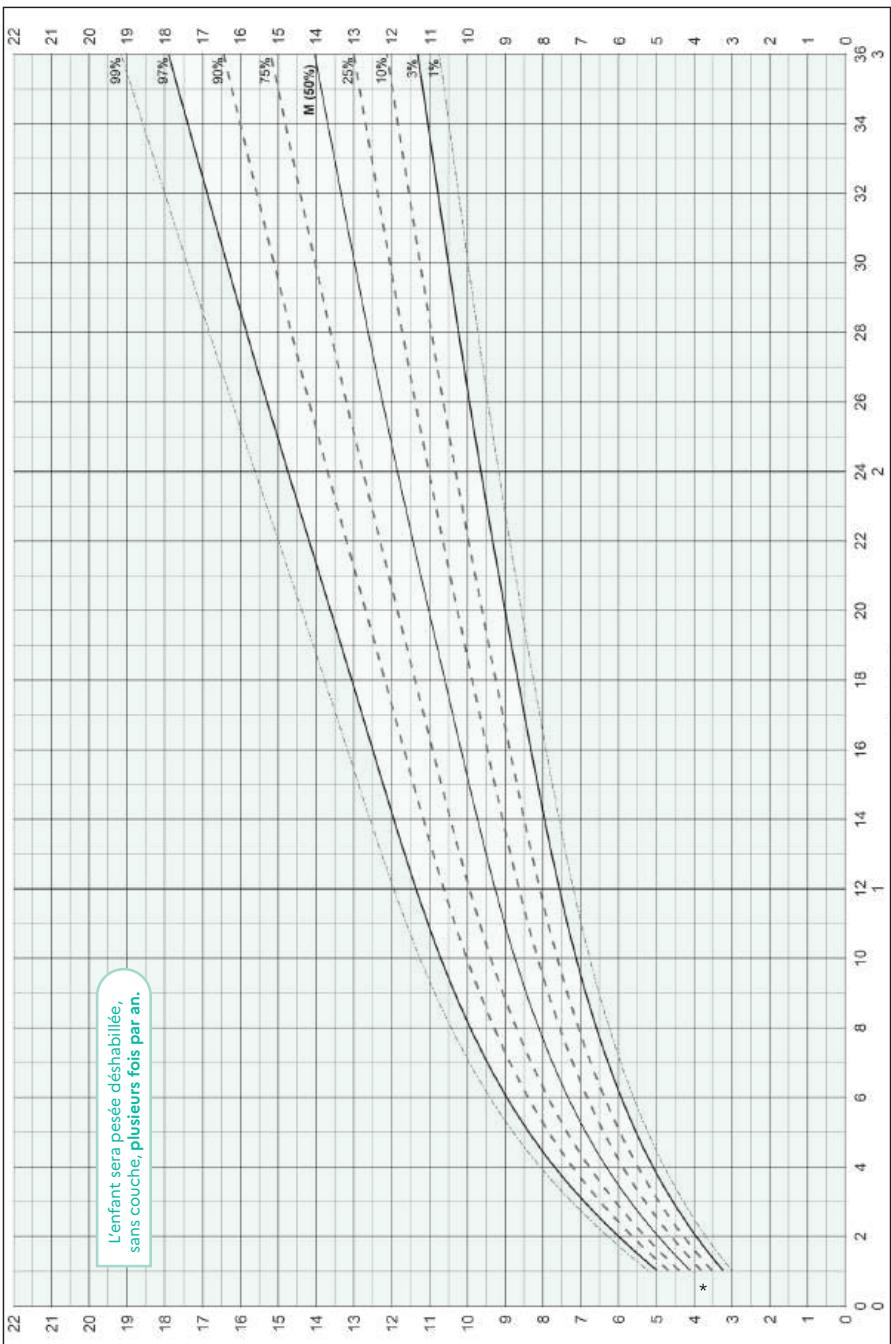


Courbes de croissance Afpa - CRESS/INSERM - Compugroup Medical, 2018  
[enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].



## POIDS DES FILLES

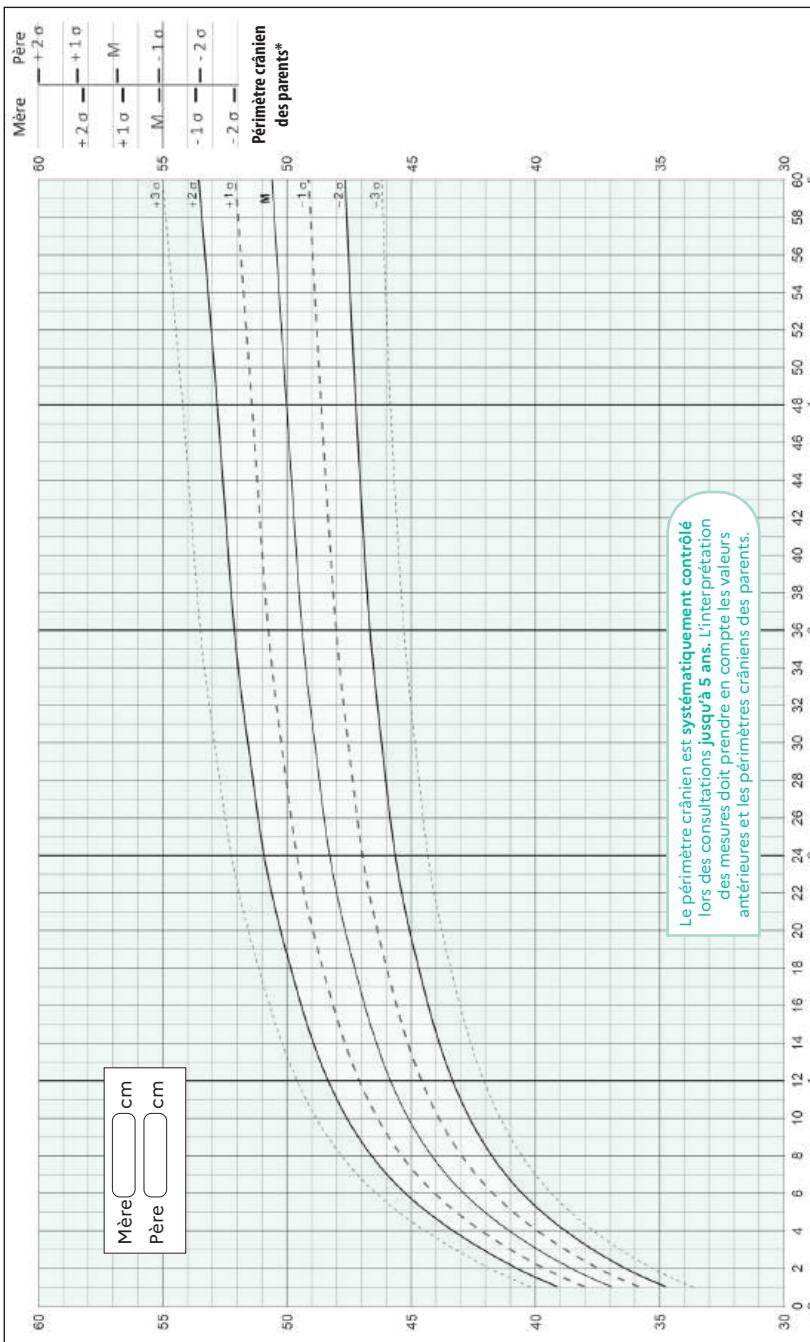
de 1 mois à 3 ans (kg)





## PÉRIMÈTRE CRÂNIEN DES FILLES

de 1 mois à 5 ans (cm)

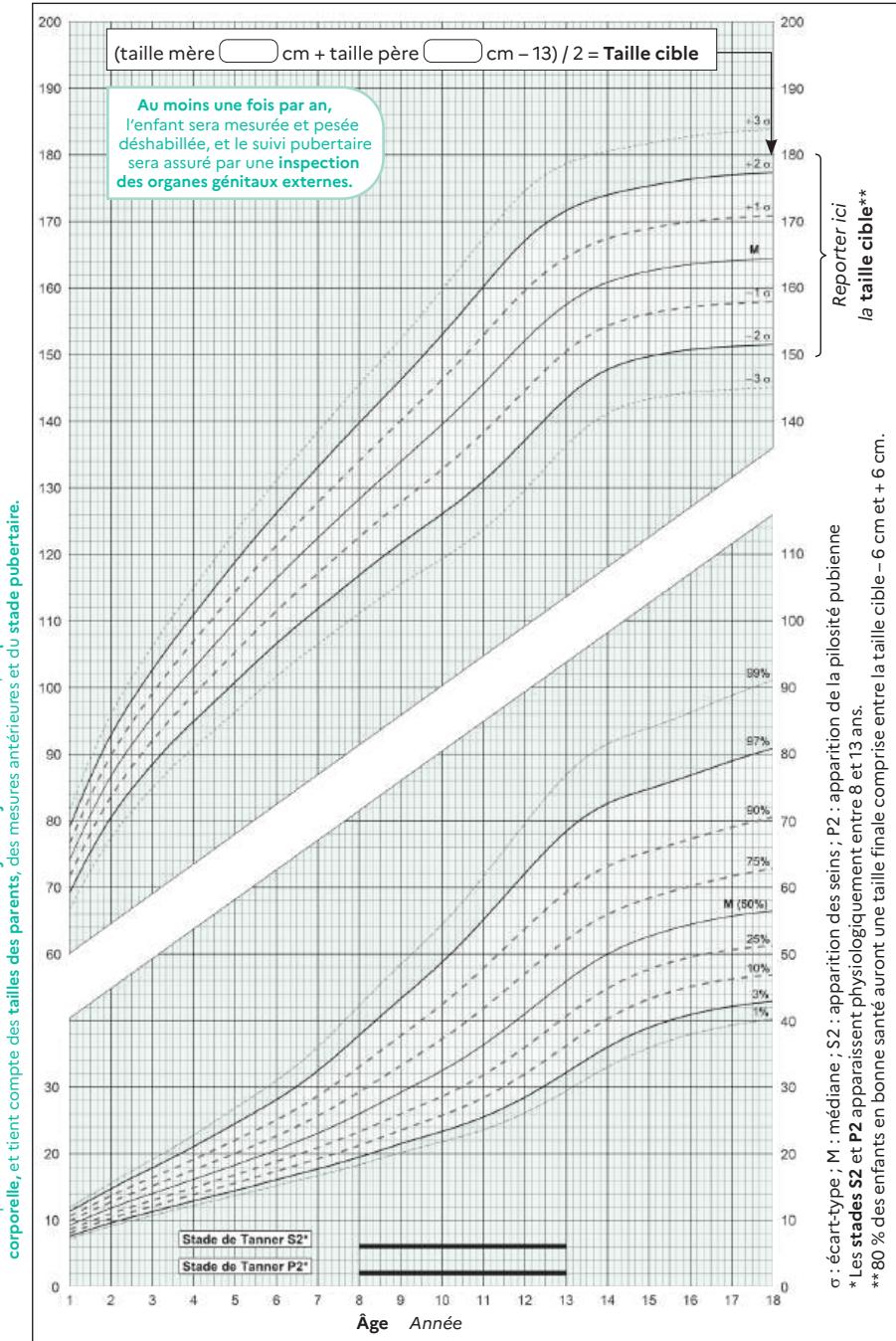


σ : écart-type ; M : médiane

\* Écart-types de la distribution moyenne des périmètres crâniens des adultes des pays avec des économies avancées.



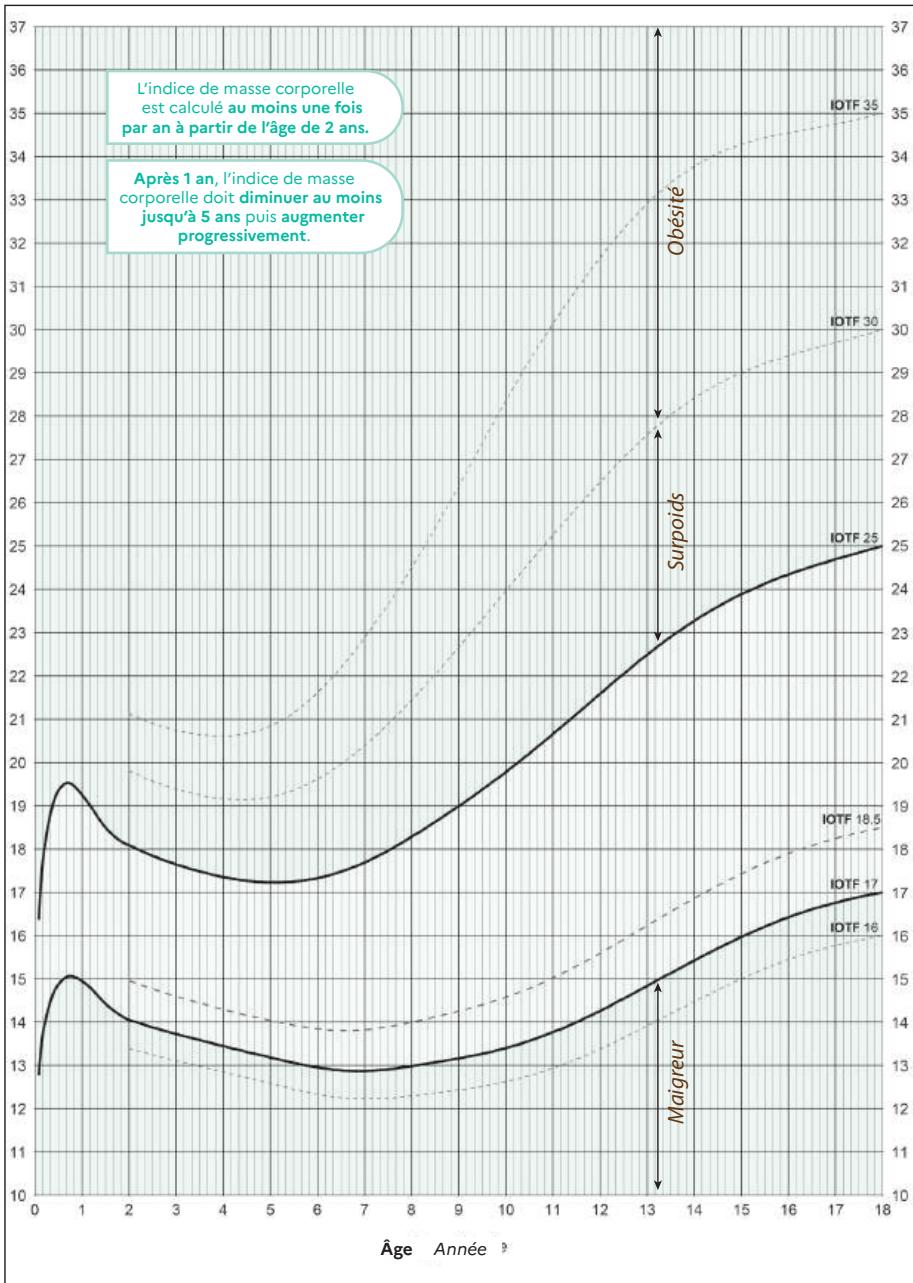
## TAILLE (cm) ET POIDS (kg) DES FILLES de 1 à 18 ans





## INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES

de 1 mois à 18 ans ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )

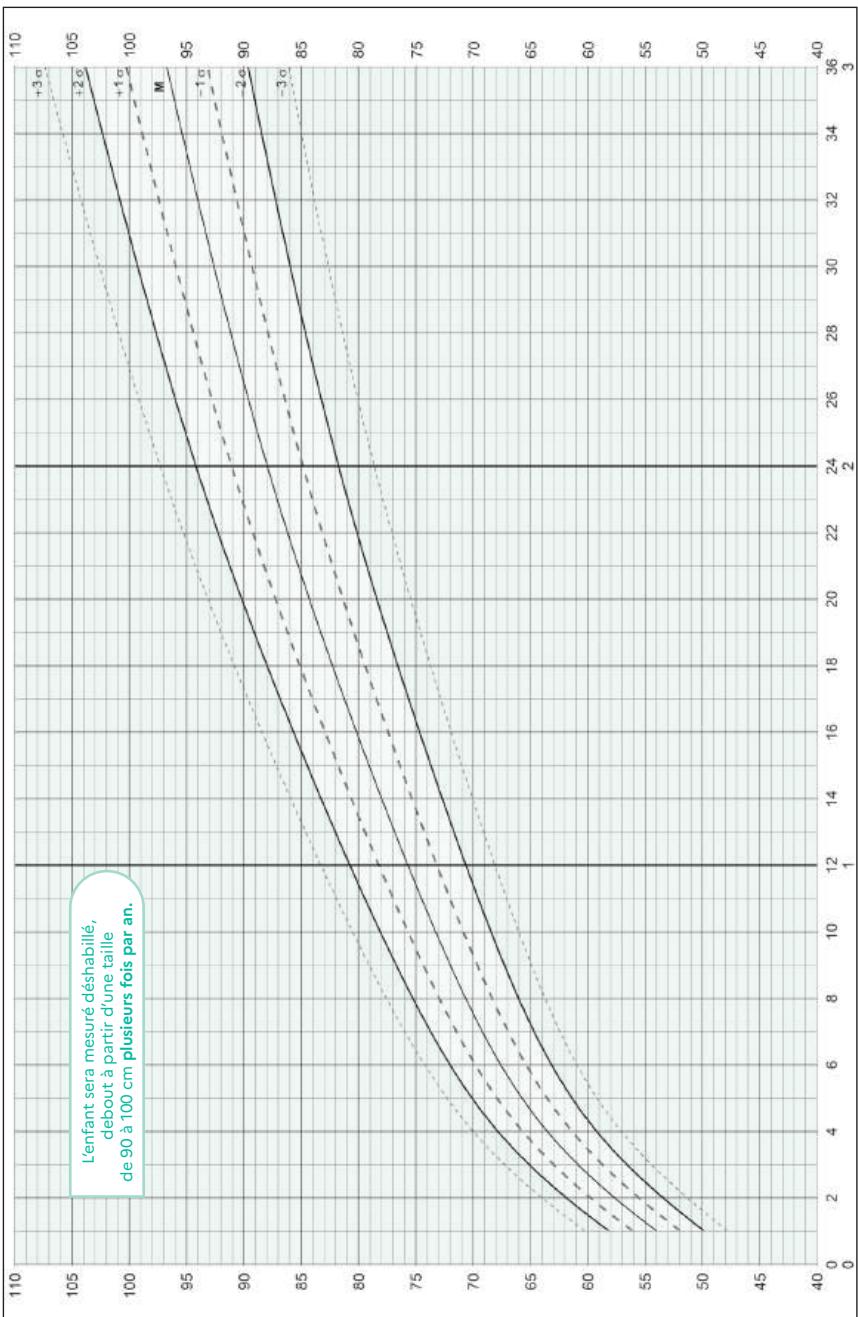


**Après 2 ans :** courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. Pediatric Obesity 2012.  
**Avant 2 ans :** courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine.  
 Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.



## TAILLE DES GARÇONS

de 1 mois à 3 ans (cm)



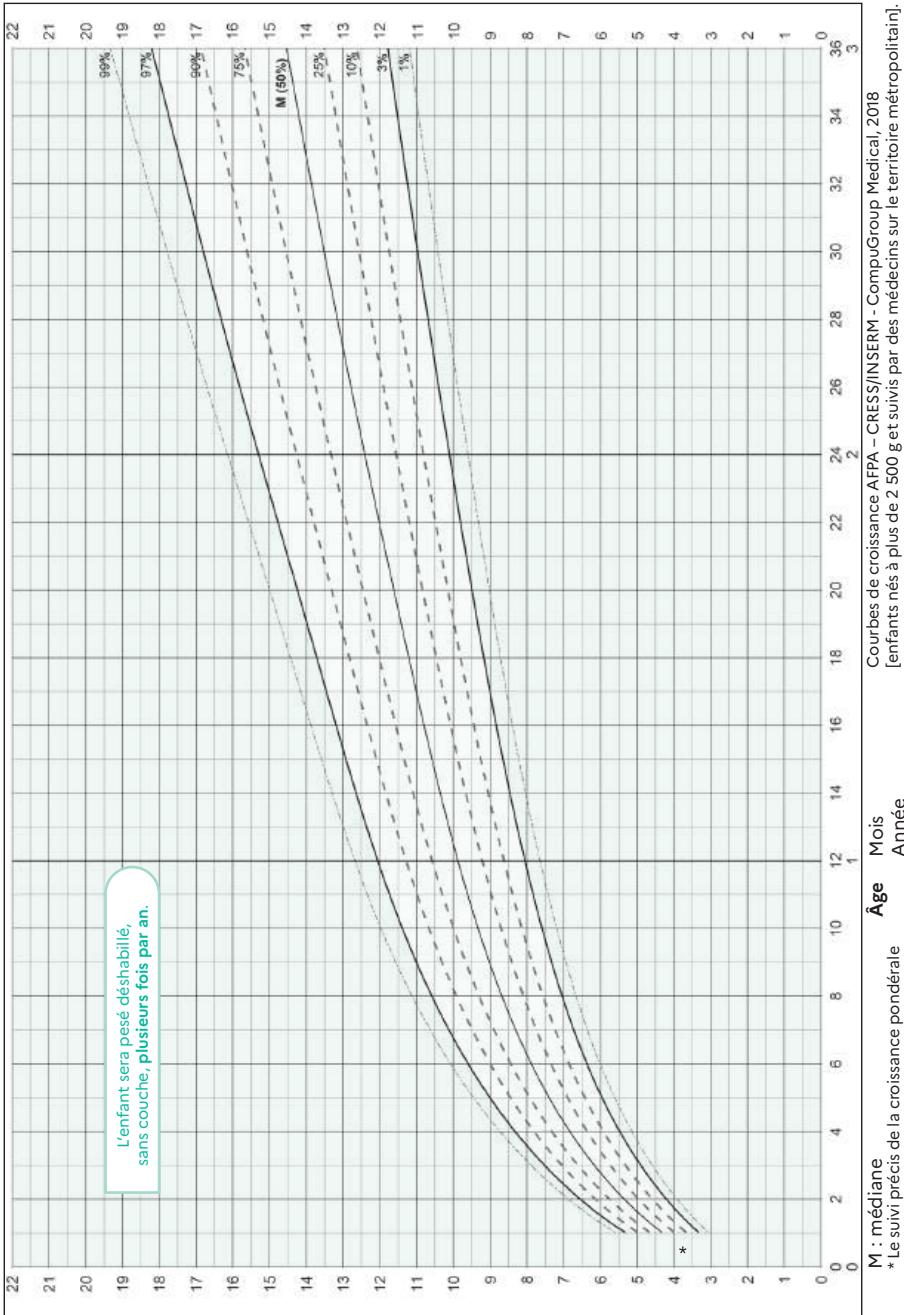
L'enfant sera mesuré déshabillé,  
debout à partir d'une taille  
de 90 à 100 cm plusieurs fois par an.

Courses de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompGroup Medical, 2018  
[enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].



## POIDS DES GARÇONS

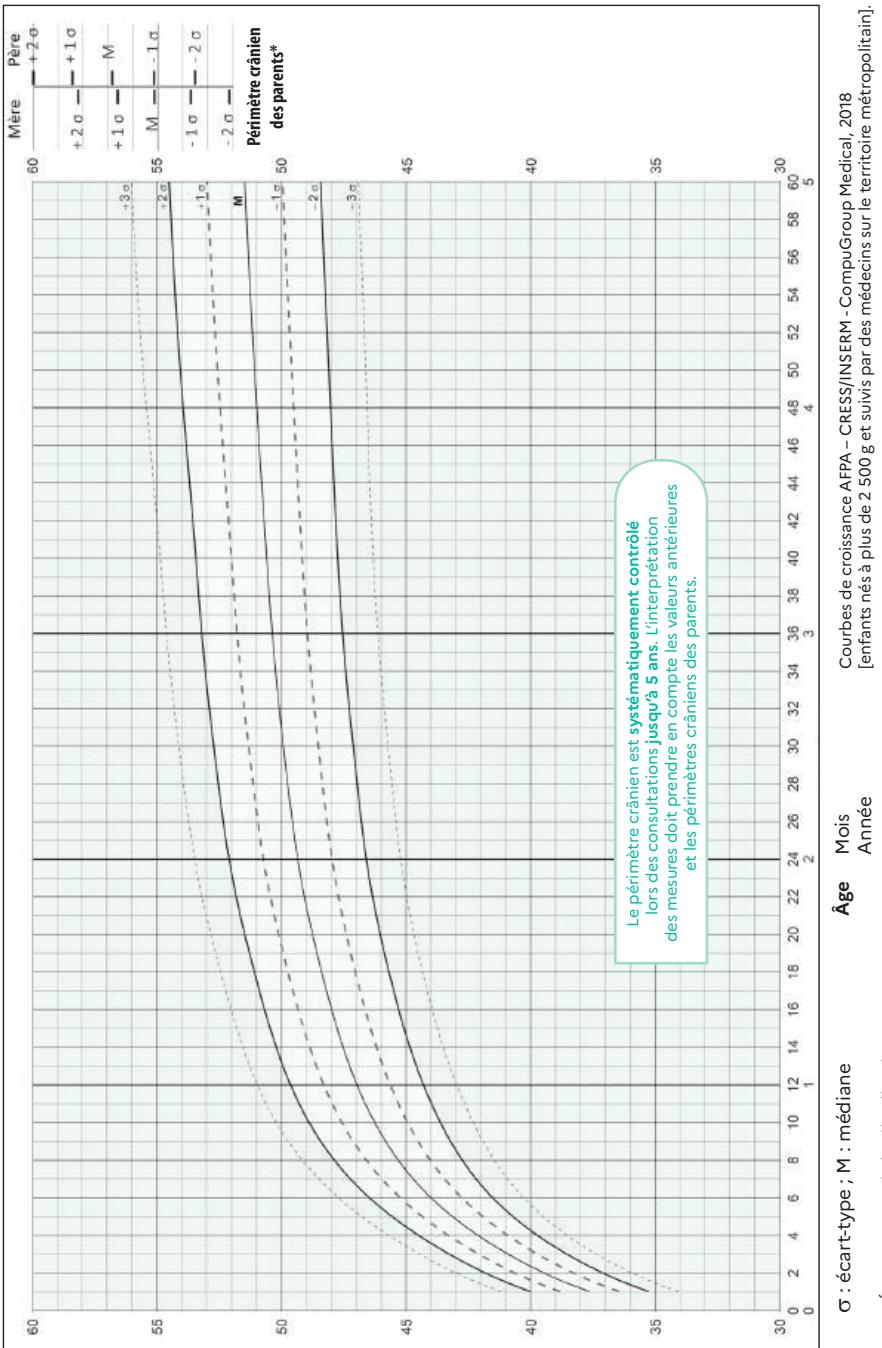
de 1 mois à 3 ans (kg)





## PÉRIMÈTRE CRÂNIEN DES GARÇONS

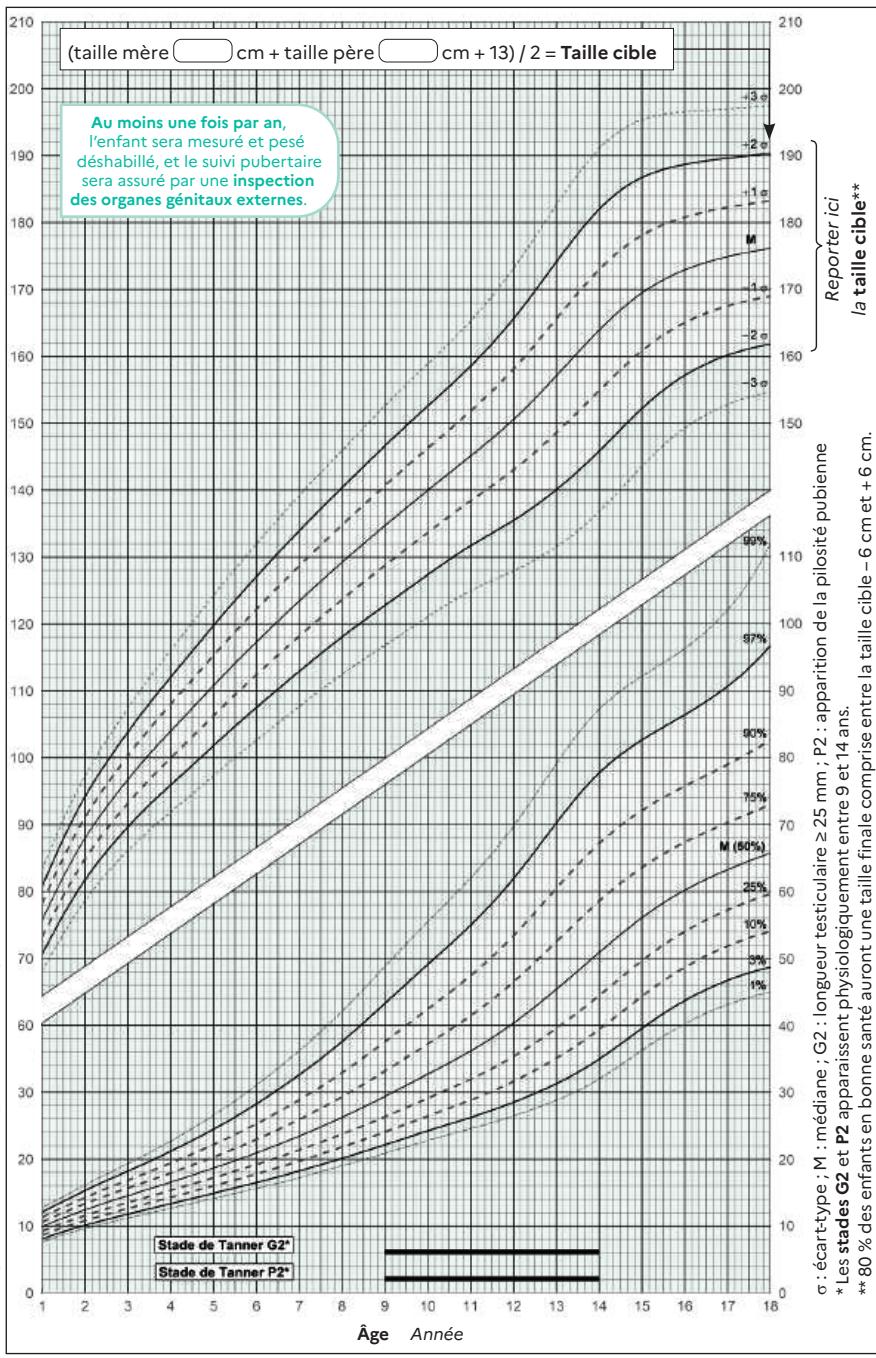
de 1 mois à 5 ans (cm)





## TAILLE (cm) ET POIDS (kg) DES GARÇONS de 1 à 18 ans

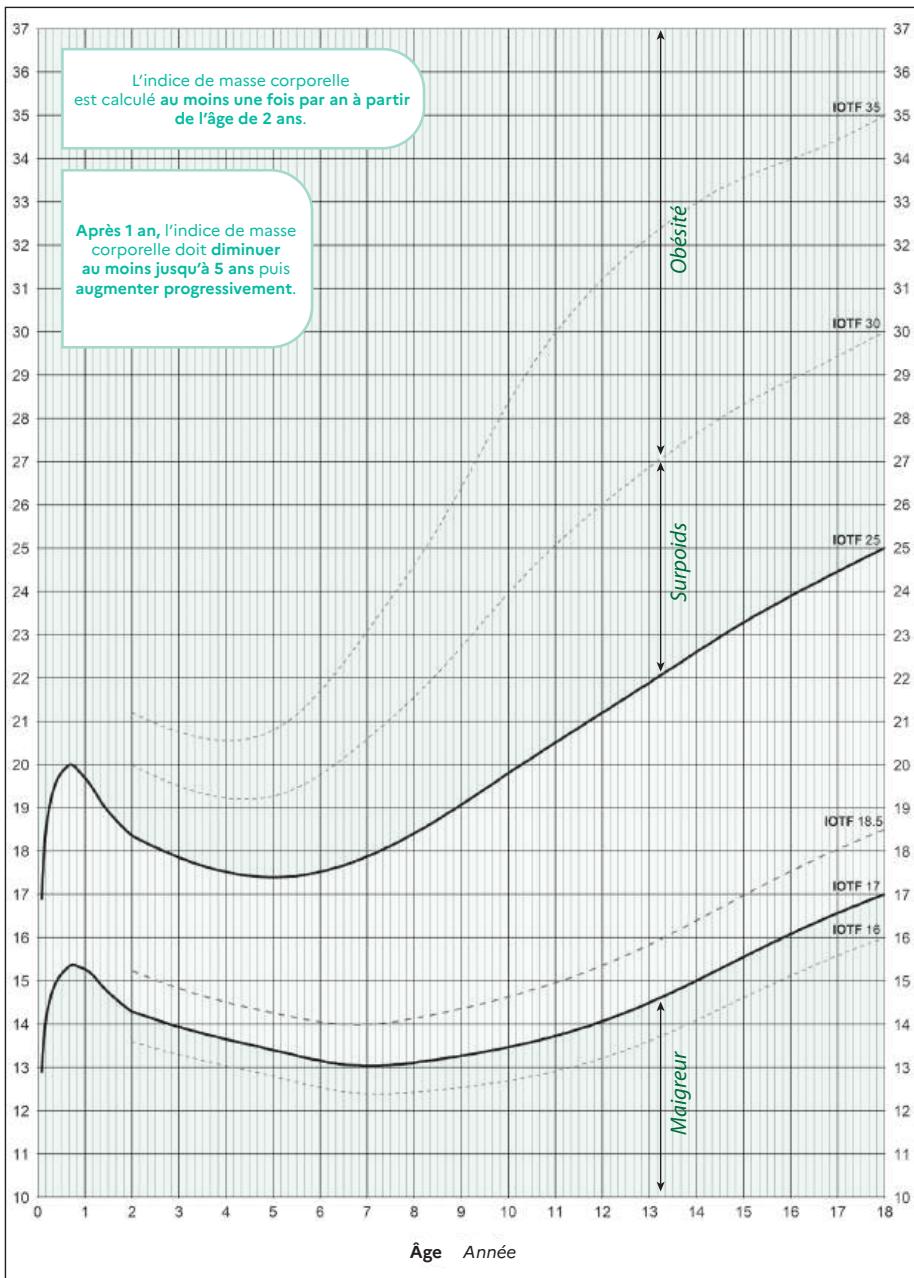
L'interprétation des mesures est basée sur une analyse conjointe de la taille, du poids et de l'indice de masse corporelle, et tient compte des tailles des parents, des mesures antérieures et du stade pubertaire.





## INDICE DE MASSE CORPORELLE DES GARÇONS

de 1 mois à 18 ans ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )



Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF), Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.  
Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine.  
Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

# Rubriques pour les professionnel(le)s



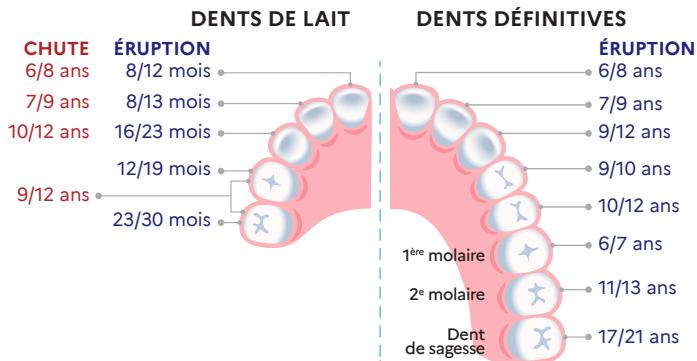
## Allergies

| Allergène en cause<br>(Aliments/médicaments/autres) | Date | Suspecte                 | Certaine                 | Nom, cachet et signature du médecin |
|---|------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|   |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |



# Suivi bucco dentaire annuel

## CALENDRIER DES ÉRUPTIONS ET DES CHUTES DES DENTS DE LAIT À DÉFINITIVES



### Suivi bucco-dentaire annuel

| Âge   | Date de la visite | Signature et identification du chirurgien-dentiste |
|-------|-------------------|--|
| 1 AN  |                   |  |
| 2 ANS |                   |  |
| 3 ANS |                   |  |
| 4 ANS |                   |  |
| 5 ANS |                   |  |
| 6 ANS |                   |  |
| 7 ANS |                   |  |
| 8 ANS |                   |  |
| 9 ANS |                   |  |

### Suivi bucco-dentaire annuel

| Âge    | Date de la visite | Signature et identification du chirurgien-dentiste |
|--------|-------------------|--|
| 10 ANS |                   |  |
| 11 ANS |                   |  |
| 12 ANS |                   |  |
| 13 ANS |                   |  |
| 14 ANS |                   |  |
| 15 ANS |                   |  |
| 16 ANS |                   |  |
| 17 ANS |                   |  |
| 18 ANS |                   |  |
| 19 ANS |                   |  |
| 20 ANS |                   |  |
| 21 ANS |                   |  |
| 22 ANS |                   |  |
| 23 ANS |                   |  |
| 24 ANS |                   |  |



# Rappel sur les facteurs de risque de développer une amblyopie

## FACTEURS DE RISQUE DE PATHOLOGIE VISUELLE ORGANIQUE

- Antécédents familiaux de maladies oculaires potentiellement héréditaires et congénitales (cataracte congénitale, glaucome congénital, rétinoblastome, malformations oculaires, craniofaciales) ;
- Prématurité < 31 semaines et/ou petit poids de naissance < 1250 g (ROP) ;
- Craniosténoses héréditaires ;
- Infections materno-fœtales.

« La présence d'un de ces facteurs nécessite un contrôle ophtalmologique rapide (1<sup>er</sup> mois de vie). »

## FACTEURS DE RISQUE DE PATHOLOGIE VISUELLE FONCTIONNELLE

- Antécédents familiaux au 1<sup>er</sup> degré d'amétropie forte apparue dans la petite enfance, de strabisme, de nystagmus ou d'amblyopie ;
- Prématurité < 37 semaines et/ou petit poids de naissance < 2500 g ;
- Souffrance neurologique néonatale et séquelles ultérieures (IMC, retard PM) ;
- Anomalies chromosomiques, notamment la T21 ;
- Craniosténoses et malformations de la face ;
- Exposition toxique durant la grossesse (tabac, alcool, cocaïne) ;
- Pathologie générale avec atteinte oculaire ou neuro ophtalmologique potentielle ;
- Autres handicaps neurosensoriels.

« La présence d'un de ces facteurs de risque nécessite un contrôle ophtalmologique entre 12 et 15 mois de vie. »



# Les troubles sensoriels et du neurodéveloppement

Les troubles du neurodéveloppement (TND) concernent 1 enfant sur 6. Les interventions précoces peuvent améliorer la trajectoire développementale des enfants concernés. C'est pour cela qu'il est important d'**agir le plus tôt possible**.

## POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 7 ANS

Pour vous aider, vous disposez d'un guide « **Déetecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans** »

Il permet de faire le point sur les signes d'alerte communs à tout âge, ainsi que les facteurs de risque de TND : prématurité, poids de naissance < 1500g, frère, sœur ou parent de 1<sup>er</sup> degré ayant un TND, exposition pendant la grossesse aux toxiques (alcool, drogues, certains médicaments), affections néonatales sévères, syndromes génétiques.

**Il propose une grille de repérage des écarts de développement** à chaque examen obligatoire jusqu'à 6 ans.

En cas de signes d'alerte de trouble du neurodéveloppement, vous pouvez :

Adresser l'enfant vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) pour un parcours diagnostique et d'interventions précoces, sans reste à charge pour la famille.

Réaliser une consultation complexe majorée dédiée au repérage des signes d'alerte.

En cas de doute, vous pouvez contacter le médecin de la plateforme pour obtenir son point de vue et décider de l'orientation vers la plateforme ou de la poursuite de votre suivi.



Scannez ce QR code  
pour vous connecter :  
Au guide



Scannez ce QR code  
pour vous connecter :  
à la plateforme  
de coordination et  
d'orientation (PCO)



Scannez ce QR code  
pour consulter en ligne  
l'annuaire des PCO.



Scannez ce QR code  
pour vous connecter :  
au formulaire  
d'adresseage.

## POUR LES ENFANTS DE PLUS DE 7 ANS

En cas de doute, sur l'existence d'un trouble « DYS », d'un déficit de l'attention ou autre trouble du neurodéveloppement, vous disposez d'un formulaire d'adressage spécifique dans le livret de repérage des trouble du neurodéveloppement de 7 à 12 ans.



## Pathologies au long cours

### DIAGNOSTIC (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT) :

.....  
.....  
.....

Date du diagnostic | \_\_\_\_\_ | jour | \_\_\_\_\_ | mois | \_\_\_\_\_ | année |

Coordonnées du médecin et/ou de l'établissement de santé (adresse, téléphone, e-mail) :

.....  
.....

#### En cas d'urgence :

Médecin à contacter (nom, téléphone) : .....

.....  
.....  
.....

### DIAGNOSTIC (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT) :

.....  
.....  
.....

Date du diagnostic | \_\_\_\_\_ | jour | \_\_\_\_\_ | mois | \_\_\_\_\_ | année |

Coordonnées du médecin et/ou de l'établissement de santé (adresse, téléphone, e-mail) :

.....  
.....

#### En cas d'urgence :

Médecin à contacter (nom, téléphone) : .....

.....  
.....  
.....



## Hospitalisations complètes et hospitalisations de jour

Y compris les hospitalisations en période néonatale.

| Hospitalisé(e)<br>Du... au... | Commentaires succincts | Nom et cachet du service<br>(mention obligatoire) |
|-------------------------------|------------------------|---|
|                               |                        |   |

« N'oubliez pas d'apporter le carnet de santé à chaque hospitalisation.  
Avant la sortie du service, assurez-vous que le séjour a bien été inscrit  
par le médecin sur les pages réservées à cet effet. »»

# Vaccinations



## Pour protéger votre enfant

Les vaccinations constituent un moyen essentiel pour protéger votre enfant et ceux des autres contre la survenue de maladies infectieuses ; elles évitent la propagation de ces maladies.



Pour assurer la meilleure protection de votre enfant, il faut respecter le nombre d'injections requis en fonction de l'âge, tel qu'il figure dans le calendrier des vaccinations publié chaque année sur le site internet du ministère de la Santé et de l'Accès aux soins.

Si vous posez des questions sur la vaccination, n'hésitez pas à consulter le site de l'agence Santé publique France.



Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr)

### CES PAGES ONT VALEUR DE CERTIFICAT DE VACCINATION

Lorsqu'un retard est intervenu dans la réalisation du schéma de vaccination, il n'est pas nécessaire de recommencer tout le programme des vaccinations imposant des injections répétées. Il suffit de reprendre ce programme au stade où il a été interrompu et de compléter la vaccination en réalisant le nombre d'injections requis en fonction de l'âge.

« La vaccination doit être inscrite lisiblement et complètement. »

« Si une vaccination est non effectuée pour raisons médicales ou pour toute autre raison, le professionnel de santé indique, clairement, cette raison dans le tableau réservé à cette vaccination. »

Les mises à jour régulières du calendrier des vaccinations sont disponibles sur le site du ministère de la Santé et de l'Accès aux soins.

Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)





N° 12594\*03

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_  
jour      mois      année

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

**Vaccination contre la diphtérie, le téтанos, la poliomyalie,  
la coqueluche (pertussis), l'haemophilus influenzae b et l'hépatite B<sup>1</sup>**

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |

1 Si utilisation d'un vaccin autre que le vaccin hexavalent, préciser le nom du vaccin. Si le vaccin contre l'hépatite B est effectué à l'aide d'un vaccin monovalent, le reporter à la rubrique « Autres vaccinations »

### Vaccination contre les infections à pneumocoque

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |

### Vaccination contre les infections invasives à méningocoque

Méningocoque de type : .....

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |

|   |
|---|
| Nom :                                   |
| Prénom :                                |
| Né(e) le :<br>jour      mois      année |

### Vaccination contre les infections invasives à méningocoque

Méningocoque de type : .....

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |

### Vaccination contre les infections invasives à méningocoque

Méningocoque de type : .....

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |

### Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (measles, mumps, rubella)

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |

### Vaccination contre la fièvre jaune : Guyane (yellow fever)<sup>1</sup>

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |

<sup>1</sup> Ce vaccin est obligatoire en Guyane



N° 12595\*03

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_  
jour            mois            année

## VACCINATIONS RECOMMANDÉES

### Résultat du test de dépistage à la tuberculine (si indiqué)

| Date | Intradermoréaction à la tuberculine | Lot | Date de lecture | Résultat | Signature et identification du vaccinateur |
|------|-------------------------------------|-----|-----------------|----------|--|
|      |                                     |     |                 |          |  |

### Vaccination antituberculeuse : BCG<sup>2</sup>

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |

2 Ce vaccin est recommandé pour tous les enfants vivant en Île-de-France, Guyane, Mayotte ainsi que les enfants confrontés au risque de tuberculose.

### Vaccination contre les Rotavirus

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |

### Vaccination contre les papillomavirus

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |
|      |        |     |  |

## **AUTRES VACCINATIONS ET RAPPELS**

(diphthérie, téton, poliomylite, coqueluche, méningocoque, etc.)

# **Statut clinique ou immunitaire pour les maladies infectieuses**

Inscrivez dans le tableau ci-dessous les maladies infectieuses transmissibles de l'enfant ainsi que le résultat de la recherche éventuelle d'anticorps spécifique pour ces maladies, même en dehors d'un contexte clinique évocateur (varicelle, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche, etc.).

**Prévention des infections des voies respiratoires inférieures dues au virus respiratoire syncytial (VRS)<sup>1</sup>**

| Date | Spécialité pharmaceutique et dosage | Lot | Signature et identification du médecin |
|------|-------------------------------------|-----|--|
|      |                                     |     |  |

1 Bronchiolites

**Résultats des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse<sup>2</sup> : intradermoréaction à la tuberculine (IDR)**

| Date | Intradermoréaction à la tuberculine | Lot | Date de lecture | Résultat (en mm d'induration) | Signature et identification du médecin |
|------|-------------------------------------|-----|-----------------|-------------------------------|--|
|      |                                     |     |                 |                               |  |
|      |                                     |     |                 |                               |  |

2 En cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou en cas de suspicion clinique

**Résultats des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse<sup>3</sup> : tests de détection de la production d'interféron gamma (IGRA)**

| Date | Test IGRA | Résultat | Signature et identification du médecin |
|------|-----------|----------|--|
|      |           |          |  |
|      |           |          |  |
|      |           |          |  |

3 En cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou en cas de suspicion clinique

# Pour mémoire



## Vous atteignez l'âge adulte

Votre carnet de santé représente la mémoire de votre croissance et de votre état de santé depuis la naissance. Gardez-le toute votre vie.

**Pensez à le présenter à votre médecin qui recueillera les données les plus importantes et les inscrira dans votre dossier médical.**

Rappelez-vous qu'il s'agit d'un document médical confidentiel et que **nul ne peut exiger** de vous sa communication.

### SITES INTERNET UTILES

Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.1000-premiers-jours.fr](http://www.1000-premiers-jours.fr)



Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr)



Scannez ce QR code pour vous connecter au site national de prévention du suicide :  
[www.3114.fr](http://www.3114.fr)



Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr)



Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.sante.fr](http://www.sante.fr)



Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents](http://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents)

Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)



Scannez ce QR code pour vous connecter :  
[www.centres-antipoison.net](http://www.centres-antipoison.net)

**NUMÉROS D'URGENCE**  
**SAMU : 15**  
**Numéro d'urgence européen : 112**

Art L. 2132-1du Code de Santé Publique : Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil ; à défaut, il peut être demandé au service départemental de protection maternelle et infantile. Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus aux articles L. 2132-2 et L. 2132-2-1 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant. Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Ils doivent être informés que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.

Mise à jour du 04/10/2024