

Nom: Prénom: Date de naissance: Jour de vie:		ATCD et facteurs de risque Age gestationnel: Naissance : Pds :      g ; T :      cm ; PC :      cm		ATCD familiaux pertinents	
Date de consultation :		Dr :		Autres intervenants :	
Cocher <input checked="" type="checkbox"/> quand tout va bien, <input checked="" type="checkbox"/> en cas de souci.					
Croissance Courbes de percentiles		Poids : Evolution : <input type="checkbox"/> perte <10% ?		(Taille)      PC	
Inquiétudes parentales :					
Alimentation		<input type="checkbox"/> <u>maternelle</u> exclusive aisée bonne succion 8-12x/j <input type="checkbox"/> Médicaments maternels compatibles avec allaitement <i>e-lactancia.org lecrat.fr</i> <input type="checkbox"/> seins indolores		<input type="checkbox"/> <u>artificielle</u> Lait : préparation des biberons <i>(30 ml eau tiède puis 1 mesure rase de poudre)</i> volume:      ml/ biberon <i>(-60 ml J6)</i>	
				<input type="checkbox"/> Selles et urines Fréquence, aspect <i>≥5-6 mictions (J4)</i>  <input type="checkbox"/> Vitamine D 800 (400-1000) UI (D-Cure 12 gt)	
Sécurité		<input type="checkbox"/> Sommeil en sécurité: Position dorsale Prévention plagiocéphalie : <i>position céphalique alternée</i> Utilisation de la sucette Prévention du risque d'étouffement		<input type="checkbox"/> Siège auto dos à la route  <input type="checkbox"/> Détecteur incendie (couloir de nuit)	
Environnement		<input type="checkbox"/> Pas de tabagisme passif		<input type="checkbox"/> Eviction/ Protection solaire	
Dépistages réalisés		<input type="checkbox"/> Audition		<input type="checkbox"/> Maladies métaboliques et endocriniennes (« Guthrie ») (Date de prélèvement) :	
Famille		<input type="checkbox"/> Attachement parental de qualité <input type="checkbox"/> Absence de fatigue excessive ou de signe de dépression post-partum <input type="checkbox"/> Evolution post-partum de la mère		<input type="checkbox"/> Frères et sœurs : interaction	
Comportement de l'enfant		<input type="checkbox"/> Accroche du regard <input type="checkbox"/> Semble écouter		<input type="checkbox"/> Absence de pleurs « anormaux » (risque bébé secoué) <input type="checkbox"/> Facilité d'apaisement	
Examen clinique		Au calme <input type="checkbox"/> Accroche du regard <input type="checkbox"/> Cœur et poumons <input type="checkbox"/> Pouls fémoraux <input type="checkbox"/> Hanches <input type="checkbox"/> Reflexe rouge rétine		<input type="checkbox"/> Tonus et activité <input type="checkbox"/> Mobilisation symétrique <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Anus perméable <input type="checkbox"/> Organes génitaux <input type="checkbox"/> (Jet mictionnel )	
				<input type="checkbox"/> Fontanelle <input type="checkbox"/> Palais <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Hydratation <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> Coloration (Ictère/cyanose)	
Suivis nécessaires		<input type="checkbox"/> Poids <input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> Autre (si <input checked="" type="checkbox"/> ):		<input type="checkbox"/> Risque infection à transmission verticale (HBV, HCV, HIV, CMV, toxo) <input type="checkbox"/> Risque dysplasie hanches <input type="checkbox"/> Dilatation pyélique in-utéro	
Autre					