

Nom : _____ **Date de naissance :** _____
Prénom : _____
 Terme de la naissance

PRÉMATURITÉ

moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNG
grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOF
très grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peau à Peau
	<input type="checkbox"/>		Présence
	<input type="checkbox"/>		Autre

HOSPITALISATIONS

Cause : _____
 Durée : _____
 Hôpital : _____
SNG
Soins douloureux
Parentérale

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

RGO	<input type="checkbox"/>	<i>Notes :</i>
APLV	<input type="checkbox"/>	
Allergies autres	<input type="checkbox"/>	
Pathologie digestive	<input type="checkbox"/>	
Neurologiques	<input type="checkbox"/>	
Respiratoires	<input type="checkbox"/>	
Digestifs	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Allergies
SDS
TA
 Autre

Notes :

ORALITÉ PRIMAIRE

Allaitement

sein	<input type="checkbox"/>
biberon	<input type="checkbox"/>
mixte	<input type="checkbox"/>

Temps de tétée 5/ 10 / 15 / 20 / **+20**

Lait(s) utilisé(s) : HA / AR / ...
 Sevrage : âge :

Difficultés rencontrées :

tétine	<input type="checkbox"/>
temps	<input type="checkbox"/>
réurgitations	<input type="checkbox"/>
tolérances	<input type="checkbox"/>
épaississant	<input type="checkbox"/>
autre	<input type="checkbox"/>

ORALITÉ SECONDAIRE

Diversification 4 / 6 / **+6**

Age

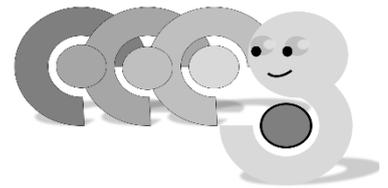
Guidée

>	<input type="checkbox"/>	pédiatre
>	<input type="checkbox"/>	généraliste
>	<input type="checkbox"/>	publicité
>	<input type="checkbox"/>	lectures
>	<input type="checkbox"/>	autre

Plats industriels
 Plats maison
 Temps de repas 15/ 20 / 30 / **+30**

Notes :

Notes :



TEXTURES

- liquides
- biberon
- tasse à bec
- verre
- paille

potages

- velouté
- mouliné

Observez-vous des sensibilités aux textures en fonction :

- des cuissons
- des marques
- du jour

- purées
- écrasés de légumes
- morceaux légumes
- poelées légumes
- quiches
- plats en sauce
- glace
- morceaux viande
- morceaux fruits
-
-
-
- compotes
- biscuits croquants
- biscuits mous

Notes :

COMPORTEMENTS

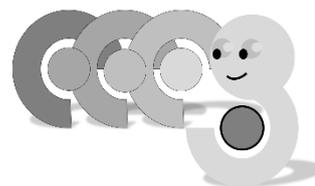
- Repousse de la main
- Tourne la tête
- Repousse avec sa langue
- Recrache
- Pleure
-
- Grimace
- Nauséux
- Vomit
- Tousse

EMOTION REPAS PARENT / ENFANT

Le repas, pour vous, pour votre enfant c'est un moment :

- | | | | | |
|--------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|
| Enfant | <input type="checkbox"/> | Agréable | <input type="checkbox"/> | Parents |
| | <input type="checkbox"/> | Stressant | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | Complicé | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | Conflictuel | <input type="checkbox"/> | |

Notes :



SENSORIALITÉ

Installation	Environnement visuel	Environnement sonore	Prise des repas
chaise haute <input type="checkbox"/>	Fenêtre	télévision <input type="checkbox"/>	seul <input type="checkbox"/>
modèle :	dos <input type="checkbox"/>	radio <input type="checkbox"/>	frère / sœur <input type="checkbox"/>
chaise trip trap <input type="checkbox"/>	face <input type="checkbox"/>	musique <input type="checkbox"/>	parent(s) <input type="checkbox"/>
réhausseur <input type="checkbox"/>	latéral <input type="checkbox"/>	conversations <input type="checkbox"/>	famille <input type="checkbox"/>
tabouret <input type="checkbox"/>	Eclairage		crèche <input type="checkbox"/>
chaise classique <input type="checkbox"/>	direct <input type="checkbox"/>		cantine <input type="checkbox"/>
fauteuil accoudoir <input type="checkbox"/>	indirect <input type="checkbox"/>		nourrice <input type="checkbox"/>
repose pieds <input type="checkbox"/>	Assiette		<i>différences observées</i>
table basse <input type="checkbox"/>	blanche <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>
table haute <input type="checkbox"/>	colorée <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>
place attitrée <input type="checkbox"/>	dessins <input type="checkbox"/>		
	variable <input type="checkbox"/>		
	compartiments <input type="checkbox"/>	Sensorialité tactile mains	
Couverts	rebords <input type="checkbox"/>	touche les aliments <input type="checkbox"/>	manipule du sable <input type="checkbox"/>
divers <input type="checkbox"/>	ventouse <input type="checkbox"/>	s'essuie les mains <input type="checkbox"/>	aime la plage <input type="checkbox"/>
spécifiques : <input type="checkbox"/>	Set <input type="checkbox"/>		
cuiller : <input type="checkbox"/>	Nappe <input type="checkbox"/>	Proprioception	
fourchette <input type="checkbox"/>	Lunettes (?) <input type="checkbox"/>	aliments croquants <input type="checkbox"/>	maladresse <input type="checkbox"/>
type :		aliments mous <input type="checkbox"/>	

SENSIBILITÉS

Goûts	Odeurs	Températures
oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
		préférence
		froid <input type="checkbox"/>
		tiède <input type="checkbox"/>
		chaud <input type="checkbox"/>

STRATÉGIES ENVIRONNEMENTALES

Quand l'enfant refuse de manger, astuces déjà essayées ?

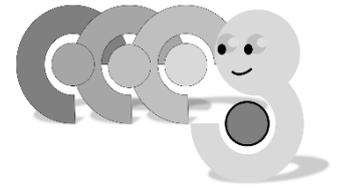
Parents

Forcer	<input type="checkbox"/>
Donner un jouet	<input type="checkbox"/>
Distraire	<input type="checkbox"/>
Se fâcher	<input type="checkbox"/>
Chantage	<input type="checkbox"/>
Changer menu	<input type="checkbox"/>
Abandonner	<input type="checkbox"/>
Déléguer	<input type="checkbox"/>

Tiers réguliers

Forcer	<input type="checkbox"/>
Donner un jouet	<input type="checkbox"/>
Distraire	<input type="checkbox"/>
Se fâcher	<input type="checkbox"/>
Chantage	<input type="checkbox"/>
Changer menu	<input type="checkbox"/>
Abandonner	<input type="checkbox"/>
Déléguer	<input type="checkbox"/>

Notes :



PRISES ALIMENTAIRES

Autonomie

mange seul
oui
non

boit seul
oui
non

Notes :

Nombre de repas par jour

Temps entre les repas

Votre enfant mange-t-il en dehors des temps officiels des repas ?

oui
non

Quel(s) aliments ?

pain
biscuits
compote
lait / laitage
bonbons
chocolat
autre

Notes :

Pourquoi est-il amené à manger en dehors des temps de repas ?

réclame
compenser les apports
imite l'adulte
selon ses envies
pour l'occuper (voiture)
pour le consoler
en récompense

Notes :

DIGESTION

Constitution
Diarrhées
Appétit
Intolérances alimentaires
Reflux

Régime alimentaire spécifique :

Traitements :

EXAMENS RÉALISÉS

Tests allergiques
TOGD
pHmétrie

Notes :