

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Prénom :** \_\_\_\_\_  
 Terme de la naissance

**PRÉMATURITÉ**

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

**HOSPITALISATIONS**

Cause : \_\_\_\_\_  
 Durée : \_\_\_\_\_  
 Hôpital : \_\_\_\_\_

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| <b>SNG</b>              | <input type="checkbox"/> |
| <b>Soins douloureux</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Parentérale</b>      | <input type="checkbox"/> |

**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  | <input type="checkbox"/> |
| <b>SDS</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>TA</b>  | <input type="checkbox"/> |
| Autre      | <input type="checkbox"/> |

*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 :

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

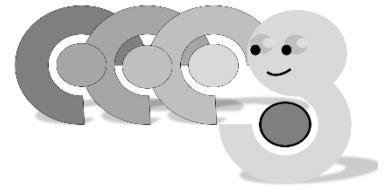
Plats industriels

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**

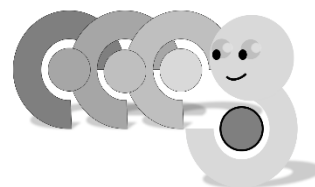
- Repousse de la main
- Tourne la tête
- Repousse avec sa langue
- Recrache
- Pleure
- 
- Grimace
- Nauséux
- Vomit
- Tousse

**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"/> | <b>Sensorialité tactile mains</b>                  |  |
| <b>Couverts</b>                             | rebords <input type="checkbox"/>       | touche les aliments <input type="checkbox"/>       | manipule du sable <input type="checkbox"/> |
| divers <input type="checkbox"/>             | ventouse <input type="checkbox"/>      | <b>s'essuie les mains</b> <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"/>         | <b>Proprioception</b>                              |  |
| 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

oui   
non

### Odeurs

oui   
non

### Températures

oui   
non   
préférence  
froid   
tiède   
chaud

## STRATÉGIES ENVIRONNEMENTALES

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

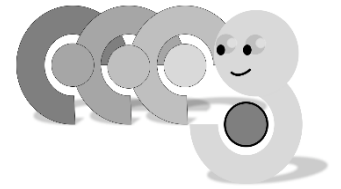
### Parents

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

### Tiers réguliers

|                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| <b>Forcer</b>    | <input type="checkbox"/> |
| Donner un jouet  | <input type="checkbox"/> |
| Distraire        | <input type="checkbox"/> |
| <b>Se fâcher</b> | <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 :