



Consultation intermédiaire de pilotage 6-9 mois AC

Nom / prénom de l'enfant :

Date de visite :

Nom du Médecin Pilote :

Adresse / tél des parents / Adresse Email (si modification) :

.....

Médecin traitant :

Faits marquants / hospitalisation depuis la dernière visite :

.....

.....

Motif de cette visite intermédiaire :

- Suivi médical et développemental simple
- Point(s) à suivre ou accompagner plus spécifiquement, préciser :
 - Croissance
 - Pathologie respiratoire
 - Autre problème de santé récurrent ou chronique
 - Développement moteur
 - Développement cognitif
 - Difficultés d'alimentation
 - Difficultés de sommeil ou de comportement
 - Qualité des interactions
 - Aspects psychologiques et/ou sociaux
 - autres

Commentaires :

.....

.....

Mensurations :

Poids : |_|_| Kg|_|_|_| g

Taille (en cm) : |_|_|,|_|

Périmètre crânien (en cm) : |_|_|,|_|

Bilan ou consultation spécialisée demandé / effectué :

.....

Rééducation demandée / effectuée :

.....

Aides sociales demandées / acquises :

Prochain RDV de pilotage dansmois

Durée de cette visite (remplissage documents compris) : min