

CALENDRIER VACCINAL DE L'ENFANT

5 rendez-vous de vaccination protègent votre enfant contre 12 maladies. Respectez-les !



Naissance	★
1 mois & demi	● ◐
2 mois & demi	● ● ◐
3 mois & demi	● ● ● ◐
9 mois	● ● ● ● ● ● ● ●

Edit. : Star Editions

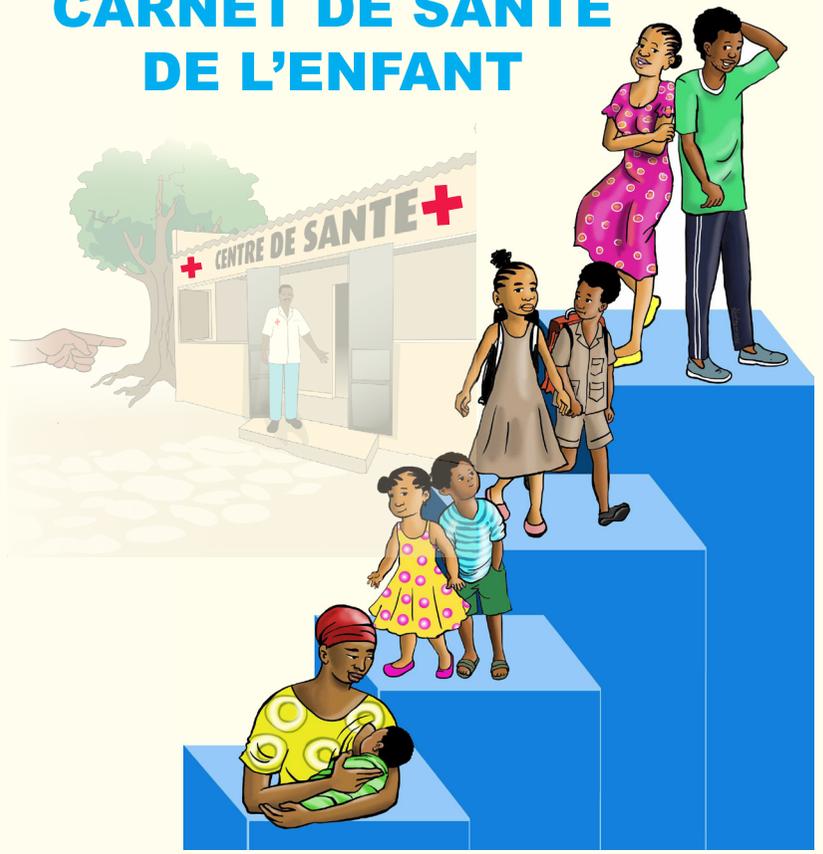
© Ministère de la Santé, 2018



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT



Nom.....

Prénoms.....

Date de naissance.....

Adresse.....

ATTENTION

- 1- Ceci n'est pas un carnet de soins mais un carnet de santé à conserver toute sa vie.
- 2- Il renseigne sur l'état de votre enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de 18 ans.
- 3- Il doit être présenté à tout agent de santé à chaque consultation ou à chaque séance de soin.
- 4- Il doit être obligatoirement rempli par le médecin, l'infirmier (ère) ou la sage femme.
- 5- Il est valable dans tout centre de santé public, privé ou confessionnel.

ENFANTS COMPLÈTEMENT VACCINÉS



Date de la dernière vaccination :

Age de l'enfant :

Cachet de certification PEV (à mettre)

Nom de l'agent :

**EXTRAIT DE LA LOI 2015-08 DU 08/12/2015
PORTANT CODE DE L'ENFANT EN REPUBLIQUE DU BENIN**

• **Article 150 :**

L'enfant doit bénéficier de meilleurs soins de santé primaires. Les parents ou les personnes ayant la garde de l'enfant, ont l'obligation de soumettre ce dernier à toutes les vaccinations déclarées obligatoires par l'Etat.

• **Article 357 :**

Tout parent, tout tuteur ou tout gardien d'un enfant qui refuse ou s'oppose à la vaccination de l'enfant est passible d'une peine d'amende de vingt-cinq mille (25 000) à deux cent cinquante mille (250 000) francs CFA et/ou d'une peine de prison d'un (01) mois à deux (02) ans.

POESIE : MES 5 SEANCES DE VACCINATION

Maman

- Fais-moi ma vaccination tout de suite à ma naissance
- Fais-moi ma 2^e vaccination ma sortie des 40 jours
- Fais-moi ma 3^e vaccination 1 mois après la 2^e
- Fais-moi ma 4^e vaccination 1 mois après la 3^e
- Alors Fais-moi ma 5^e vaccination quand j'ai 9 mois mais n'oublie pas ma vitamine A à 6 mois.

Bravo ! j'ai fait mes cinq séances de vaccination avant mon 1^{er} anniversaire et j'ai pris ma vitamine A.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

ENFANT

Nom		
Prénoms		
Date de naissance	Jour	Mois	Année
Lieu de naissance		

• Sexe : F M

• GSRh Electrophorèse Hb Déficit en G 6PD Oui
Non

MERE

Nom & Prénoms

Age

Profession

Adresse

Tél.

PERE

Nom & Prénoms

Age

Profession

Adresse

Tél.

PERSONNE A CONTACTER

Nom et Prénoms

Tél.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

PERE

Groupe Sanguin Rhésus..... Electroforèse Hb
 TPHA/VDRL..... Ag HbS.....

HTA	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Diabète	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Asthme	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Tabagisme	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Drogue	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Alcool	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Dépistage VIH	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autres : (A préciser)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

MERE

Groupe Sanguin Rhésus..... Electroforèse Hb
 TPHA/VDRL..... Ag HbS.....

VAT Non Si Oui Vat 1 Date :/...../.....
 Vat 2 Date :/...../.....
 Vat 3 et plus Date :/...../.....

HTA	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Diabète	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Asthme	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Tabagisme	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Drogue	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Alcool	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
PTME fait	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autres : (A préciser)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

CALENDRIER VACCINAL PEV ET AUTRES VACCINS RECOMMANDES HORS PEV***		
Le vaccin protège votre enfant contre certaines maladies		
VACCINS	AGES	OBSERVATIONS
BCG	Dès la naissance	Ou le plus tôt possible
Polio 0	Dès la naissance	Ou le plus tôt possible
Hep B	Dès la naissance	Dans les 24 heures
Penta 1 + VPO 1 + Rota 1 + PCV 13_1	A 1 mois ½ (6 semaines)	Rota à faire obligatoirement avant 8 mois
Penta 2 + VPO 2 + Rota 2 + PCV 13_2	A 2 mois ½ (10 semaines)	Rota à faire obligatoirement avant 8 mois
Penta 3 + VPO 3 + PCV 13_3 + VPI	A 3 mois ½ (14 semaines)	Rappel entre 15 et 18 mois***
Vitamine A	6 mois	Rappel tous les 6 mois
RR (Rougeole Rubéole)	A 9 mois	Rappel 15 mois
VAA (Fièvre jaune)	A 9 mois	Immunité à vie
ROR ***	A 15 mois***	Rappel à 2 ans***
Méningite AC W 135***	A 24 mois***	Rappel tous les 3 ans***
Fièvre typhoïde ***	A 24 mois ***	Rappel tous les 3 ans***
HPV	9 ans	Pour les filles. Deuxième dose 6 mois après

*** Vaccination hors PEV.

NOURRISEZ BIEN VOTRE ENFANT !

- 👉 ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF JUSQU'À 6 MOIS
- 👉 À PARTIR DE 6 MOIS, COMMENCEZ L'ALIMENTATION DE COMPLÉMENT ADEQUATE TOUT EN POURSUIVANT L'ALLAITEMENT MATERNEL JUSQU'À 24 MOIS

Age	Aliments conseillés	Nombre de repas par jour
De 6 à 9 mois	Bouillie enrichie épaisse, pâte molle de céréales, purée de tubercule, viande, poisson, œuf, fruits et légumes, arachides et produits laitiers	En plus du lait maternel (autant que l'enfant réclame de jour comme de nuit) : Donner 2 à 3 repas par jour (deux bouillies enrichies et le repas familial non épicé ou purée). + 1 à 2 collations Jus de fruits ou purée de fruits.
De 9 à 12 mois	Bouillie enrichie épaisse, pâte molle de céréales, purée de tubercules, viande, poisson, œuf, fruits et légumes, arachides et produits laitiers	En plus du lait maternel (de jour comme de nuit) : 3 à 4 repas par jour (deux bouillies enrichies et deux fois le repas familial non épicé/repas préparé spécialement pour l'enfant) + deux collations par jour
De 12 à 24 mois	Introduction du plat familial avec beaucoup de sauce, viande, poisson, œufs, fruits et légumes, arachides et produits laitiers	En plus du lait maternel (autant que l'enfant réclame): 4 à 5 repas principaux et deux collations de jus de fruits par jour : ≡ Deux bouillies épaisses (matin et soir) ≡ A midi et le soir le repas familial non pimenté (tubercules, céréales, viandes, poissons, etc.). ≡ Deux collations (fruit ou beignet ou yaourt).



**Eviter le piment et faire manger l'enfant dans son propre plat
ET VOTRE ENFANT SERA EN BONNE SANTÉ !**

FRERES & SŒURS

ENFANTS		VIVANTS	DECEDES		
N°	Date de naissance	Sexe	Santé	Age	Causes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

PERIODE PRENATALE

Tous les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers jours de vie peuvent avoir des répercussions sur la santé de l'enfant.

Antécédents Gynéco-obstétriques

- Taille Gestité Parité
- Césarienne Nombre
- Avortement Nombre
- Nombre d'enfants vivants
- Nombre d'enfants décédés

Sérologie :

- Syphilis - Rubéole - Toxo plasmosé - Hépatite B - Hépatite C - VIH
-

RESUME

Grossesse normale : Oui Non

Grossesse pathologique : Oui Non

Incidents et accidents, date et terme de survenue, type, bilan et traitement

.....

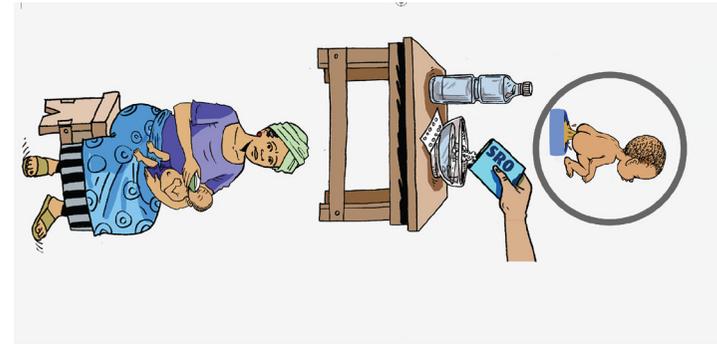
.....

.....

.....

.....

.....



CHAQUE ENFANT A LE DROIT À

1. *L'égalité, sans distinction de race, de couleur, de religion, de sexe, ou de nationalité*
2. *Un développement sain et normal sur le plan physique et mental*
3. *Un nom et une nationalité*
4. *Une alimentation suffisante, un logement adéquat et des Soins médicaux*
5. *Des soins spéciaux s'il est handicapé*
6. *L'amour, la compréhension et la protection*
7. *Une éducation gratuite, des jeux et des loisirs*
8. *Un secours immédiat en cas de désastre ou de situation d'urgence*
9. *Une protection contre la cruauté, la négligence et l'exploitation*
10. *Une protection contre la persécution, et une éducation qui Favorise l'esprit de paix et de fraternité*

LES ENFANTS D'ABORD !

NAISSANCE

Accouchement :

Date : Heure :
 Lieu de naissance :
 Accoucheur : SFE Gynéco-obsté Autres
 Terme de la grossesse :
 RPM Oui Non Durée
 LA (Aspect)
 Césarienne : Voie basse simple Manœuvres
 Motif de la Césarienne :
 Fièvre Maternelle : Avant Pendant Après

Etat de l'enfant à la naissance :

L'enfant a-t-il crié tout de suite ? Oui Non
 HBB Oui Non
 APGAR / 1 mn 5 mn 10 mn
 A-t-il fallu le réanimer ? Oui Non Duréemn
 Poids Taille PC PT
 Particularités ou malformations
 Soins à la Naissance : Vit K1 Instillation Collyre
 Mise au sein précoce dans l'heure qui suit la naissance

Régime alimentaire :

Allaitement :
 maternel exclusif mixte artificiel
 Raisons :

Planification Familiale :

Parents informés sur les méthodes d'espacement des naissances ? Oui Non
 Parents adoptent une méthode d'espacement des naissances ? Oui Non
 Si oui, laquelle :

EXAMEN NEONATAL
(avant la sortie de la maternité)

Date :

Organes génitaux externes :

Normaux

Anormaux

Hanches :

Normales

Anormales

Rachis lombaire :

Normal

Anormal

Paramètres à apprécier	Oui	Non
Ombilic normal		
Pâleur		
Ictère		
Dyspnée		
Oedème		
Cri normal		
Cyanose		
Souffle cardiaque		
Pouls fémoraux perçus		
Hépatomégalie		
Splénomégalie		
Hernie		
Tonus normal		
Réflexes archaïques		
Malformations		

Conclusion de l'examen :

Date du prochain RDV : / /

Sortie de la maternité le :

Poids à la sortie :

Examen fait par :

Signature, Nom, Prénoms & Cachet

CONSEILS AUX PARENTS EN CAS D'IRA

Les Infections Respiratoires Aigües (IRA) touchent le nez, la gorge et les poumons de votre enfant. Ces affections sont classées en trois catégories :

- Toux /rhume,
- Pneumonie simple,
- Pneumonie grave/ou maladie très grave.

➔ **En cas de toux et rhume simple, appliquer les soins à domicile (du miel ou une infusion de feuille d'eucalyptus, du lait maternel)**

- Si votre enfant a une toux qui ne l'empêche pas de jouer, calmez-la en lui donnant une cuillerée à café de miel 3 fois par jour. A défaut du miel, donnez-lui une infusion d'eucalyptus dans un petit verre. Allaites plus souvent que d'habitude.
- En cas de Rhume dégagez le nez pour lui permettre de bien respirer, éviter la fumée et la poussière. Allaites plus souvent que d'habitude.

➔ **Au bout de deux jours ou si l'enfant présente l'un des signes de gravité suivant, il s'agit peut-être d'une pneumonie. Il faut vite l'amener à l'hôpital.**

- Respiration rapide,
- Respiration difficile et sifflante,
- Tirage sous-costal,
- Fièvre.

MESURE DU TOUR DE BRAS À MI-HAUTEUR (PERIMETRE BRACHIAL)

Valable de 6 à 59 mois pour un dépistage dans la communauté

Légende :

Rouge : malnutrition aigue sévère, à confirmer avec l'indice poids/taille par un agent de santé

Jaune : malnutrition aigue modérée

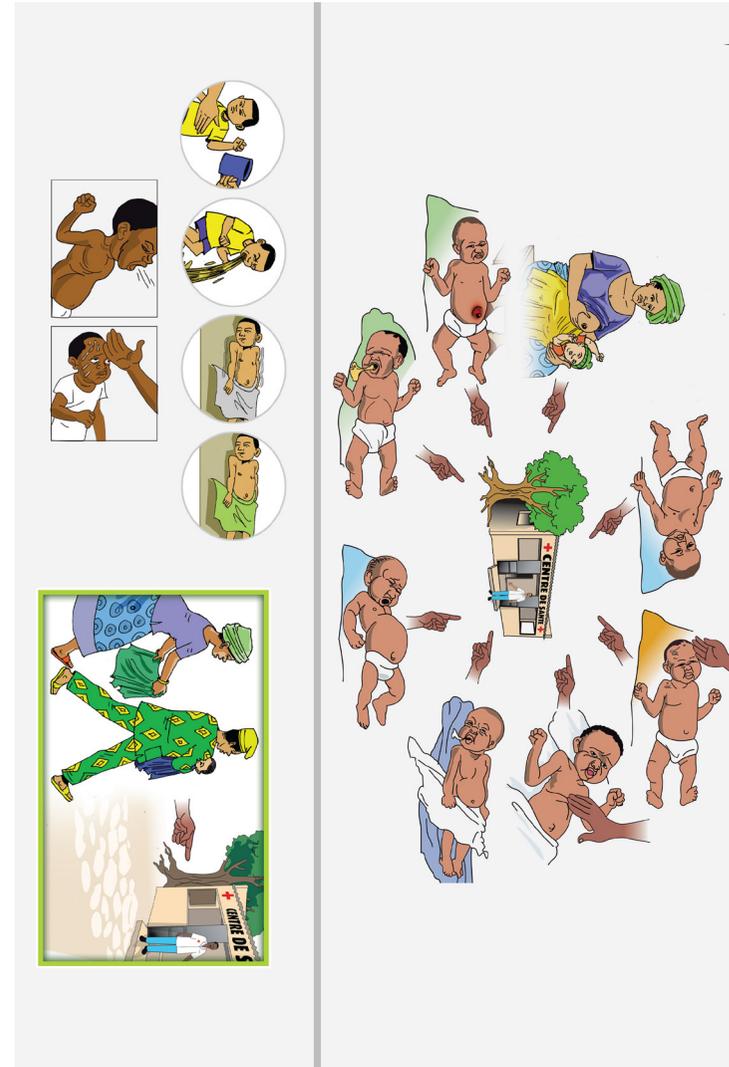
Vert : pas de malnutrition aigue



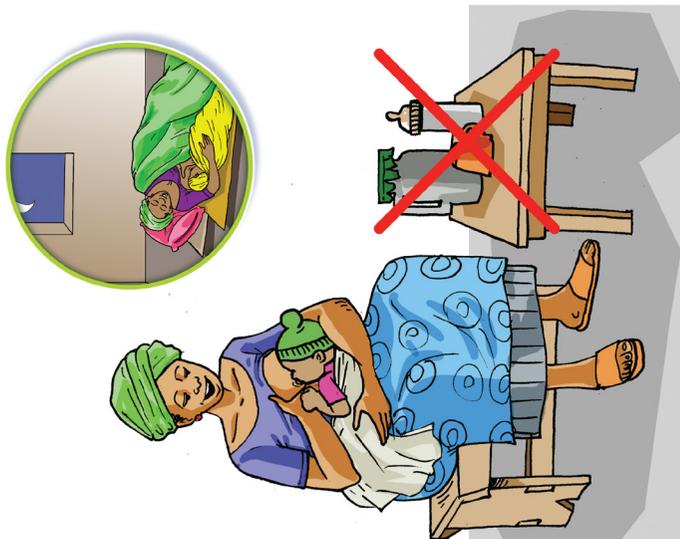
LES ENFANTS DE 0 A 5 ANS SONT PLUS VULNERABLES AU PALUDISME



FAITES DORMIR VOS ENFANTS SOUS MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE POUR PREVENIR LE PALUDISME



Reconnaissance des signes de danger et de recours précoce aux soins pour le nouveau-né et pour l'enfant



SANTE DE L'ADOLESCENT

Renseignements à recueillir chez l'adolescent lors d'une visite au centre de santé

- 1- Statut vaccinal (VAT, RR, HPV)
- 2- Date des dernières règles (chez les filles)
- 3- Hygiène et Gestions des menstrues (carnet de l'adolescente Chez les filles)
- 4- Démarrage des activités sexuelles
- 5- Dépistage du VIH
- 6- Connaissance des voies de transmissions des IST/ VIH
- 7- Connaissance des méthodes de prévention des IST et des grossesses non désirées
- 8- Consommation d'alcool ou stupéfiant.

Conseils à donner pour l'adolescent et l'adolescente

- 1- Se mettre à l'écoute et l'observation de son corps
- 2- Veiller à la bonne hygiène de son corps, de sa bouche, de ses mains
- 3- Consommer une alimentation variée et équilibrée comportant tous les grands groupes d'aliments (glucides, lipides, protéines, fruits, légumes) riches en fer, Vitamine A, iode, vitamine B9 et zinc
- 4- Pratiquer une activité physique et sportive
- 5- Eviter la consommation des drogues, alcool et autres stupéfiants
- 6- Apprendre à connaître son cycle menstruel et Veiller à une bonne hygiène menstruelle
- 7- Faire l'autopalpation des seins
- 8- Eviter de s'exposer aux violences et agressions sexuelles
- 9- Signaler toute tentative d'agressions sexuelles ou violences
- 10- Eviter les rapports sexuels précoces, les IST et le VIH/Sida.

EXAMEN ORIENTÉ VERS LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE

(Suite)

Mensurations

Poids (P) : Taille (T) : Segment supérieur : Corpulence (P/T²) :

Fonctions respiratoire et cardio-vasculaire

Périmètre thoracique (cm) inspiratoire : Expiratoire :

Débitmètre de pointe (ou capacité vitale) : Perméabilité nasale :

Auscultation :

Pulmonaire :

Test d'effort : 30 flexions talon-fesse en 45s
(cardo fréquencemètre ou CEG recommandé)

Cardiaque :

Vasculaire :

	POULS	T.A.
Repos		
MAX.		
1 mn récupération		
3 mn récupération		

Appréciation de la musculature

Faible

Normale

Développée

Dynamomètre (kg) : main droite : main gauche :

Rachis

Attitude : normale à surveiller

Trouble de posture : latérale antéro-postérieure

Douleur : non oui Localisation :

Distance doigt-sol (cm) : indice de Schöber :

Articulations

Douleur : non oui Localisation :

Instabilité : non oui Localisation :

Membres inférieurs

Longueur (cm) : droite : gauche : différence :

Distance : inter condylienne : inter malléolaire : talon-fesse :

Empreintes podales : normale pied creux pied plat

Test de détente verticale (cm) :

Conclusions

Absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique

Orientation conseillée vers un praticien de médecine du sport

Contre-indication majeure (à préciser) à la pratique d'une activité physique

Activités conseillées :

L'utilisation conjointe du livret médical sportif est recommandée.

Examen pratiqué le :

Par le Docteur :

Signature et cachet

PERIODE NEONATALE OBSERVATIONS PARTICULIERES

PERIODE NEONATALE

Signes généraux de danger chez le nouveau-né

- Refus ou incapacité de téter
- Vomit tout ce qu'il consomme
- Convulsion
- Léthargie (Très endormi, ne se réveille pas)
- Corps très chaud ou corps très froid
- Difficultés respiratoires (Respiration très rapide, ou avec sifflement)
- Pustules (Cloques sur la peau)

ATTENTION SPECIALE

Si le cordon est rouge, enflé et saigne ou sent mauvais ramener **immédiatement** le nouveau-né au centre de santé

EXAMENS SYSTEMATIQUES ET OBJECTIFS

Votre enfant doit être examiné systématiquement :

- * à 1 semaine et 06 semaines après sa naissance
- * entre 3 - 4 mois
- * à 6 mois
- * à 9 mois et 12 mois
- * à 18 mois
- * à 24 mois

Pour apprécier :

- * sa croissance somatique
- * son développement psychomoteur
- * son régime alimentaire
- * son état vaccinal
- * Les préventions (la prise de vitamine A, déparasitage, fer, prophylaxie anti palustre etc.)

EXAMENS SYSTEMATIQUES OBLIGATOIRES

0 - 6 MOIS	Examen somatique :		
	Date Age		
	Poids : Taille : PC :		
	Strabisme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nystagmus Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Dentition : nombre de dents :		
	Vaccinations :		
	- BCG Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Vaccin Anti Hépatite B Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	- VPO 0 1 2 3 Pentavalent (DTC-HepB-Hib) 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	- Vaccin Anti Rota 1 2 - PCV13 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	- VPI Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Supplémentation en Vit A Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Allaitement Maternel Exclusif Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
PCR 1 (6 semaines) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Autres : (Préciser).....			
Développement psychomoteur			
* Joue avec les mains Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> * Maintenu assis tient sa tête droite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
* Sourire "réponse" Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> * Sur le ventre, soulève tête et épaules Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
* Tourne la tête pour suivre un objet Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
* Attrape un objet qui lui est tendu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> * S'appuie sur les avant-bras Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
* Réactions aux stimuli sonores Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Conclusion :			
Examen fait par :			
Date :			
Signature :			

EXAMEN ORIENTÉ VERS LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE

A cet âge, la pratique régulière d'une activité physique assure à l'enfant un développement physique et intellectuel harmonieux en améliorant ses capacités physiques d'adaptation et enrichissant son univers psycho émotionnel.

Antécédents familiaux : Certaines pathologies peuvent être influencées (améliorées ou aggravées) par exercice physique. Certaines sont familiales. Il est important de les connaître.

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

Résumé des antécédents personnels (asthme, allergie, diabète, accidents, autres, etc.)

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

Examen psychomoteur

		Langage expression :	
Orientations :		- évoque son passé Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
- Sur autrui	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	- établi des projets Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
- Sur objet	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	- lit sans difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Sauter-toucher talons/ mains	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	- comprend et restitue un texte Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Coordination doigts et pieds	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	- parle de lui sans difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Troubles de l'équilibre	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Comportement :	
Mobilisation passive des membres supérieurs	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
		
		
		

Latéralité (droite : D, gauche : G, mal fixée : MF)

Main : œil : Pied :

Activités physiques extra-scolaires

Nombre d'heures par semaine : Disciplines pratiquées :

EXAMEN D'ENTREE A LA MATERNELLE 1

DATE :
 AGE :
 POIDS :
 TAILLE :
 ANOMALIES OBSERVEES :

 EXAMEN NORMAL : OUI NON

EXAMEN D'ENTREE A LA MATERNELLE 2

DATE :
 AGE :
 POIDS :
 TAILLE :
 ANOMALIES OBSERVEES :

 EXAMEN NORMAL : OUI NON

EXAMEN D'ENTREE A L'ECOLE PRIMAIRE

DATE :
 AGE :
 POIDS :
 TAILLE :
 ANOMALIES OBSERVEES :

 EXAMEN NORMAL : OUI NON

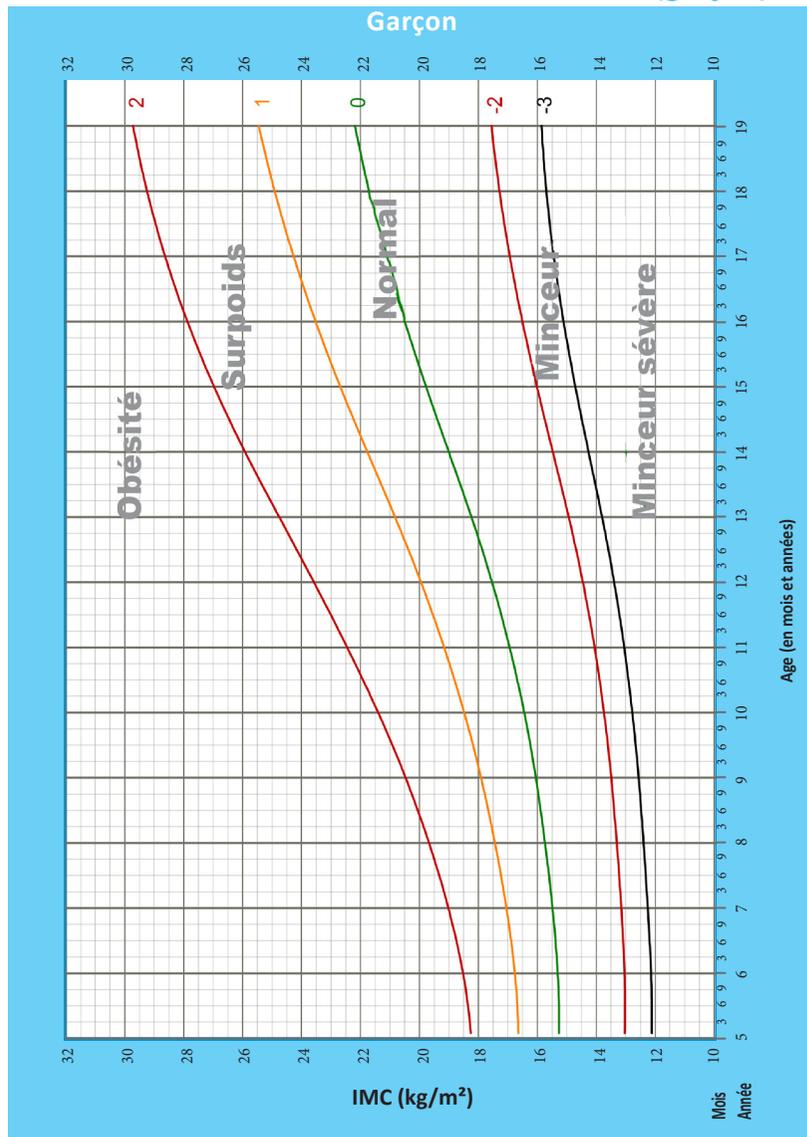
EXAMENS SYSTEMATIQUES OBLIGATOIRES

9 - 12 MOIS	Examen somatique :				
	Date :		Age :	Poids :	
	Taille :		PC :	PB :	Z-score :
	Dentition : Nombre de dents :			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Vaccinations :		- Epreuve Tuberculitique <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	- RR		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	- Résultat :
	- VAA		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	MIILD Reçu		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	- Fer + Acide folique <input type="checkbox"/>
	PCR 2 (12 mois)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	- Déparasitage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Supplémentation en Vitamine A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Poursuite Allaitement maternel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alimentation de complément adéquate		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fortification en poudre Multi-Micro-Nutriments		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Développement psychomoteur					
Saisit un objet avec participation du pouce			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Tient assis sans appui			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tient debout avec appui			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Réagit à son prénom			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Répète une syllabe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conclusion :					
Examen fait par :					
Date :					
Signature :					

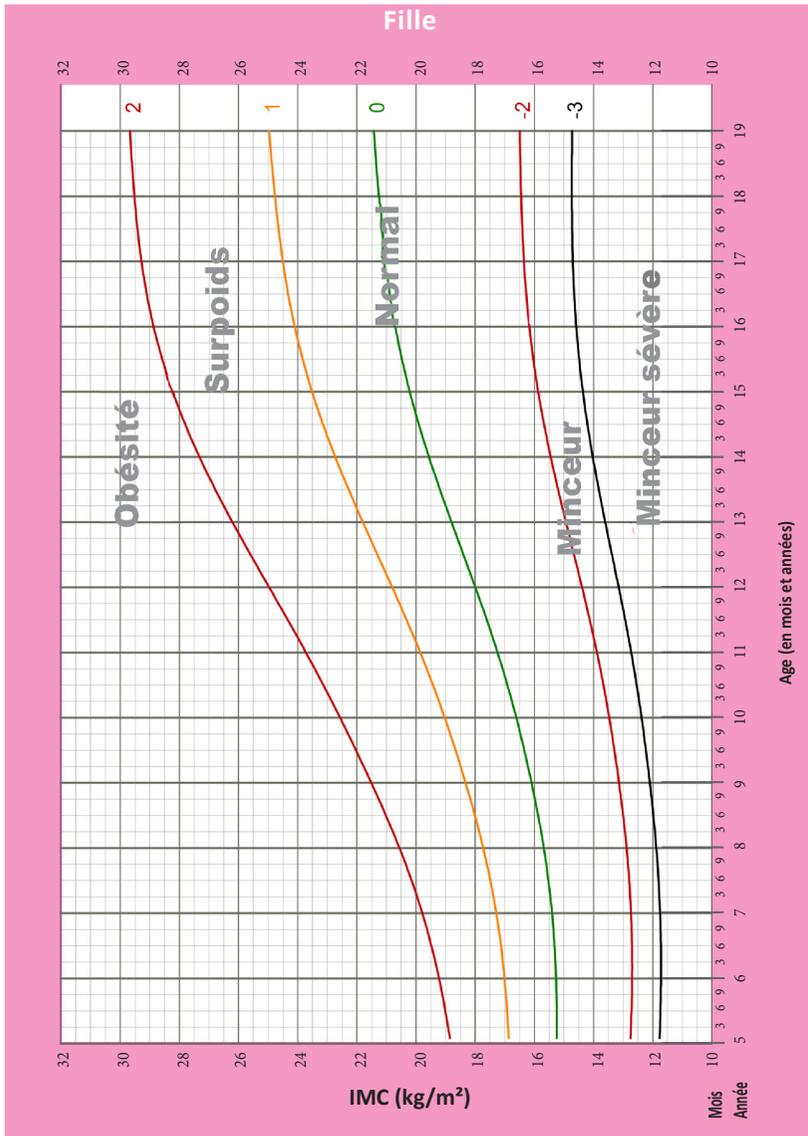
EXAMENS SYSTEMATIQUES OBLIGATOIRES

13 - 24 MOIS	Examen Somatique :	
	Date :	Age : Poids :
	Taille :	PC : PB Z-score
	Dentition : Nombre de dents :	
	Vaccinations :	
	- Men A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	- Epreuve Tuberculique	<input type="checkbox"/>
	- Résultat :	<input type="checkbox"/>
	Autres Vaccins :	
	Sérologie (12 mois / 18 mois)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Déparasitage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Supplémentation en Vitamine A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Poursuite Allaitement maternel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Alimentation de complément adéquate	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fortification en poudre Multi-Micro-Nutriments	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Développement psychomoteur		
Marche acquise	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, à l'âge de	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois	
Obéit à un ordre simple	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nomme une image	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Superpose des objets (cubes, ...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Conclusion :		
Examen fait par :		
Date :		
Signature :		

COURBE D'IMC POUR L'ÂGE DE 5 A 19 ANS (garçon)



COURBE D'IMC POUR L'ÂGE DE 5 A 19 ANS (fille)



SYNTHESE DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

- Premier sourire
- Maintien de la tête
- Station assise Station debout
- Premiers pas
- Premiers mots
- Premières phrases
- Propreté
- Fermeture fontanelle antérieure
- Particularités à signaler :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres particularités :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

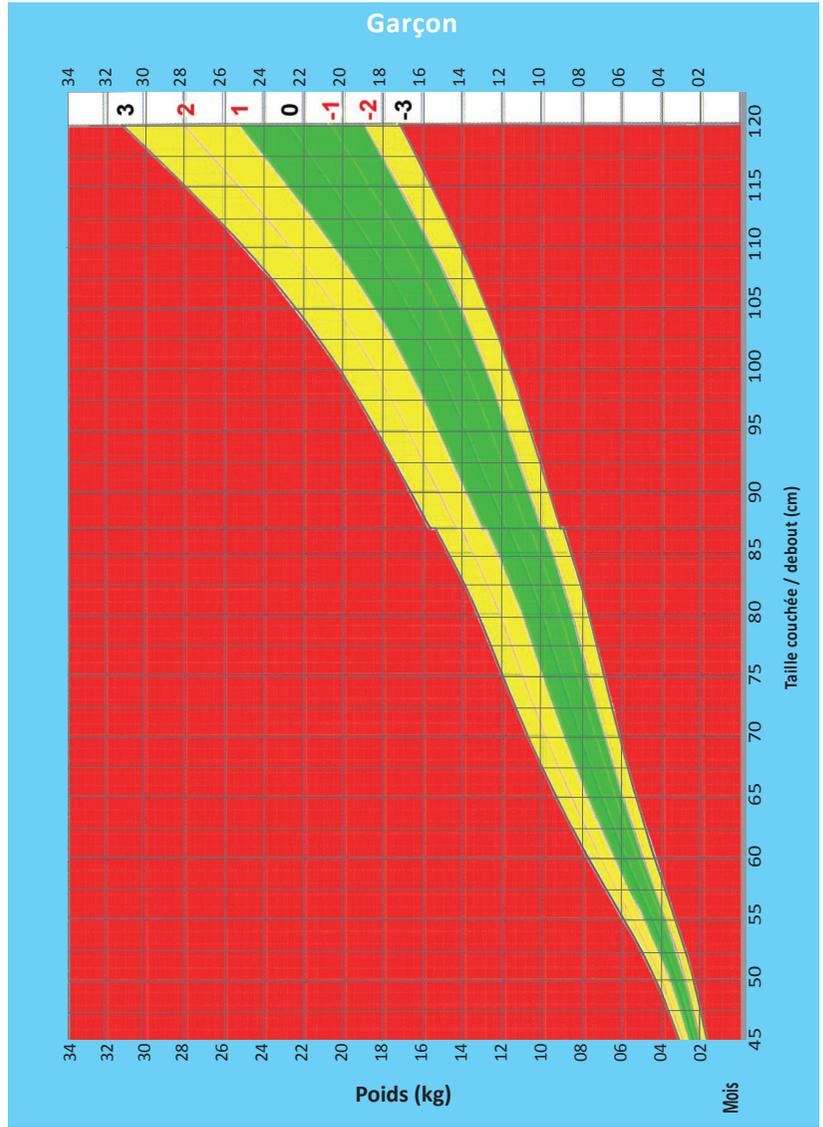
SURVEILLANCE MEDICALE

 (enfant sain ou malade)

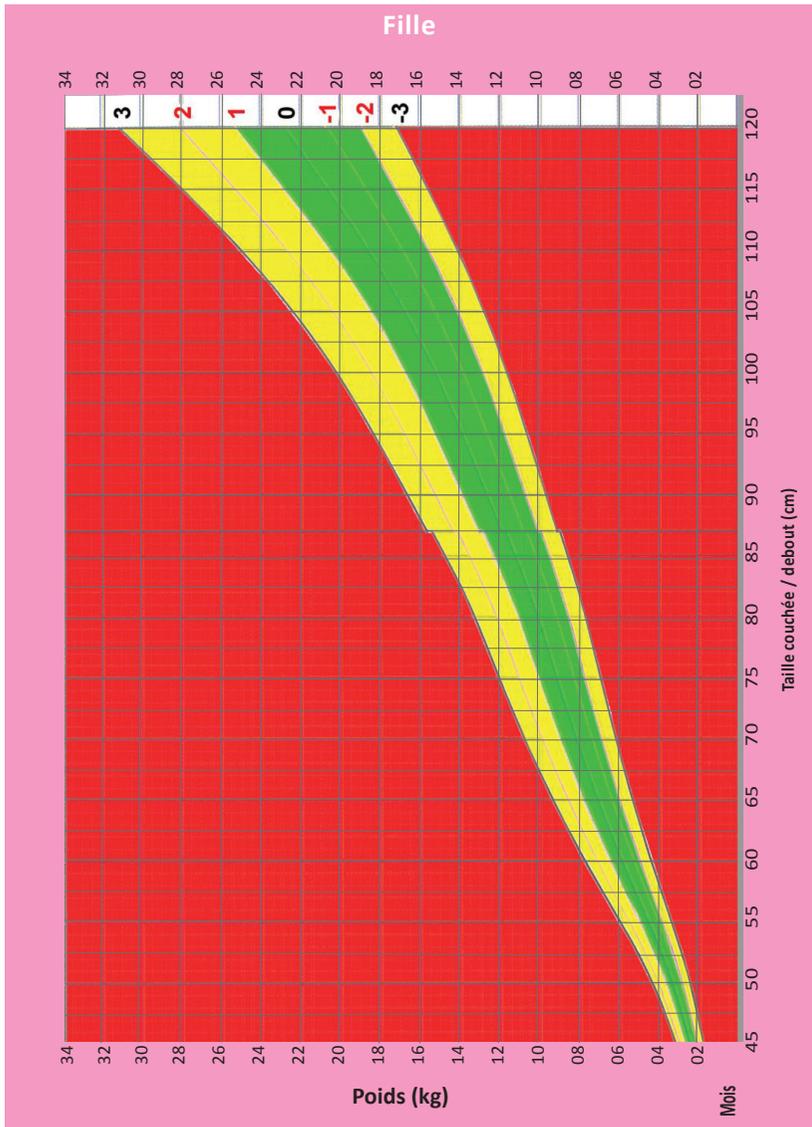
EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS									
DATE	AGE	T°	POIDS (kg)	TAILLE (cm)	IMC	PB*			EXAMEN CLINIQUE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

* Résultat PB à cocher

COURBE DE POIDS POUR TAILLE DE 0 A 5 ANS (garçon)



COURBE DE POIDS POUR TAILLE DE 0 A 5 ANS (fille)



SURVEILLANCE MEDICALE (enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS	
PRESCRIPTIONS ET REGIME	SIGNATURE ET CACHET

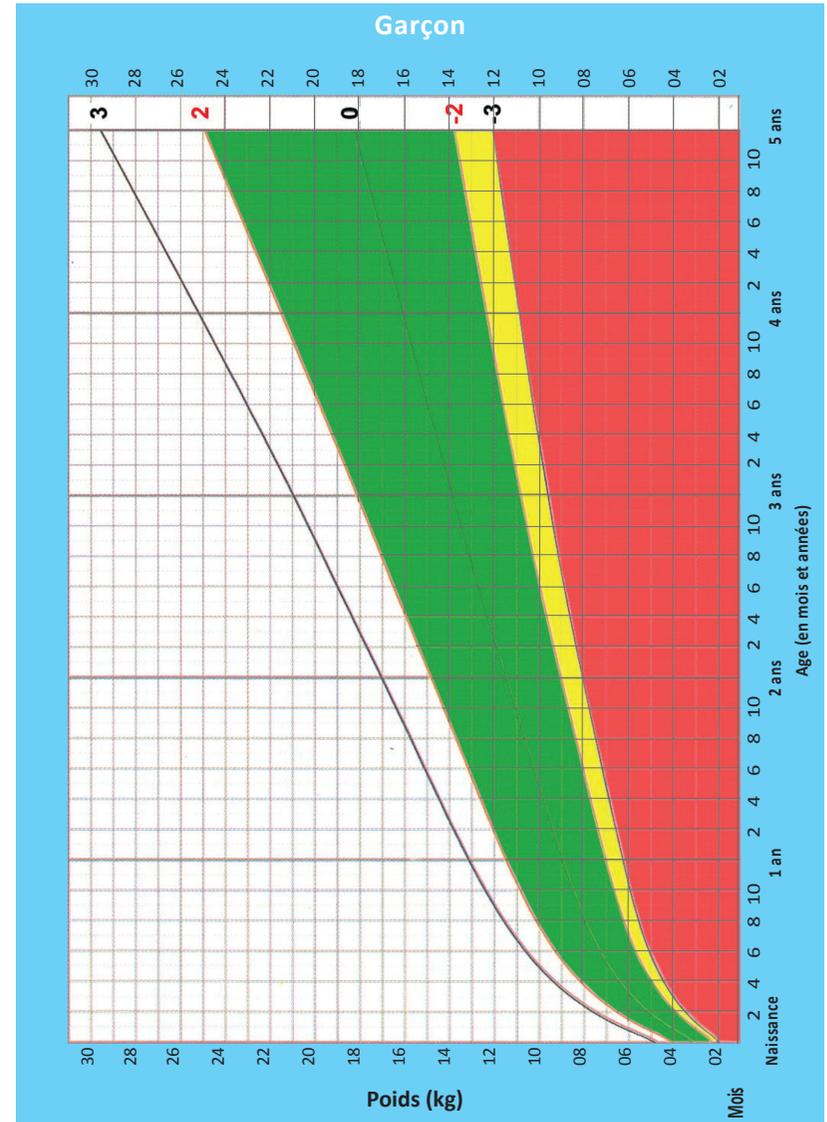
SURVEILLANCE MEDICALE

 (enfant sain ou malade)

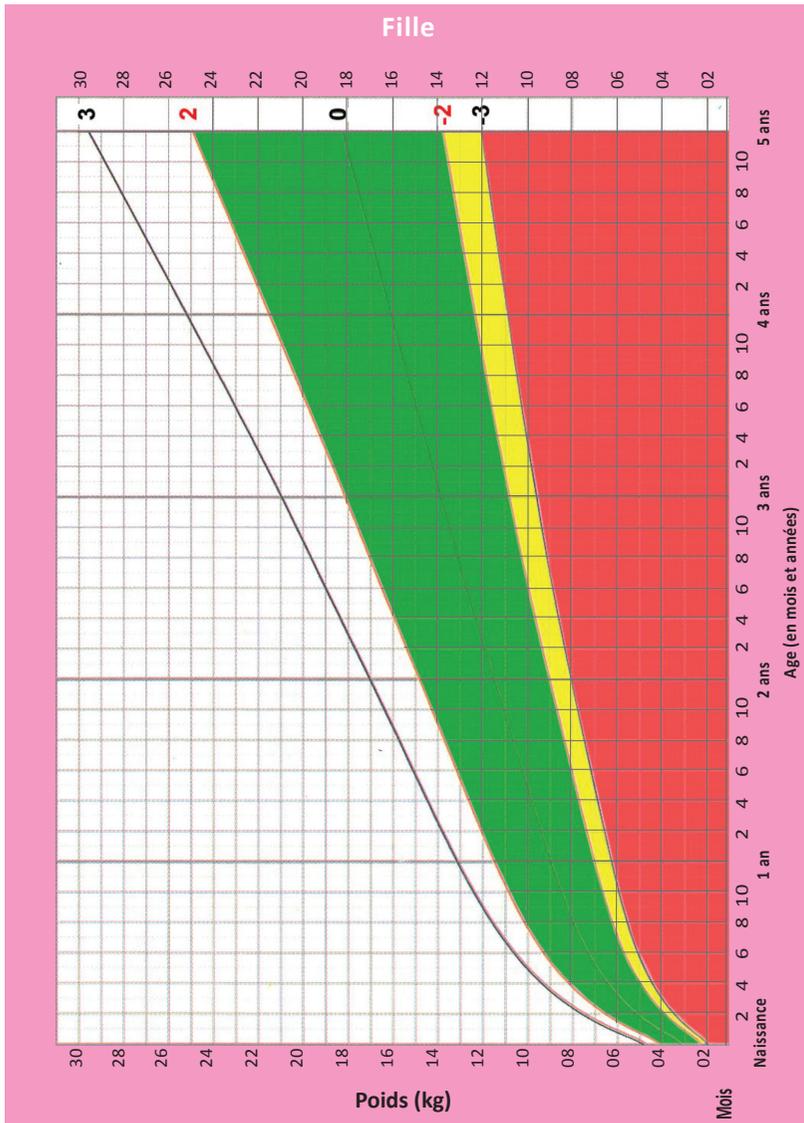
EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS									
DATE	AGE	T°	POIDS (kg)	TAILLE (cm)	IMC	PB*			EXAMEN CLINIQUE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

* Résultat PB à cocher

COURBE DE POIDS POUR AGE DE 0 A 5 ANS (garçon)



COURBE DE POIDS POUR AGE DE 0 A 5 ANS (fille)



SURVEILLANCE MEDICALE (enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS	
PRESCRIPTIONS ET REGIME	SIGNATURE ET CACHET

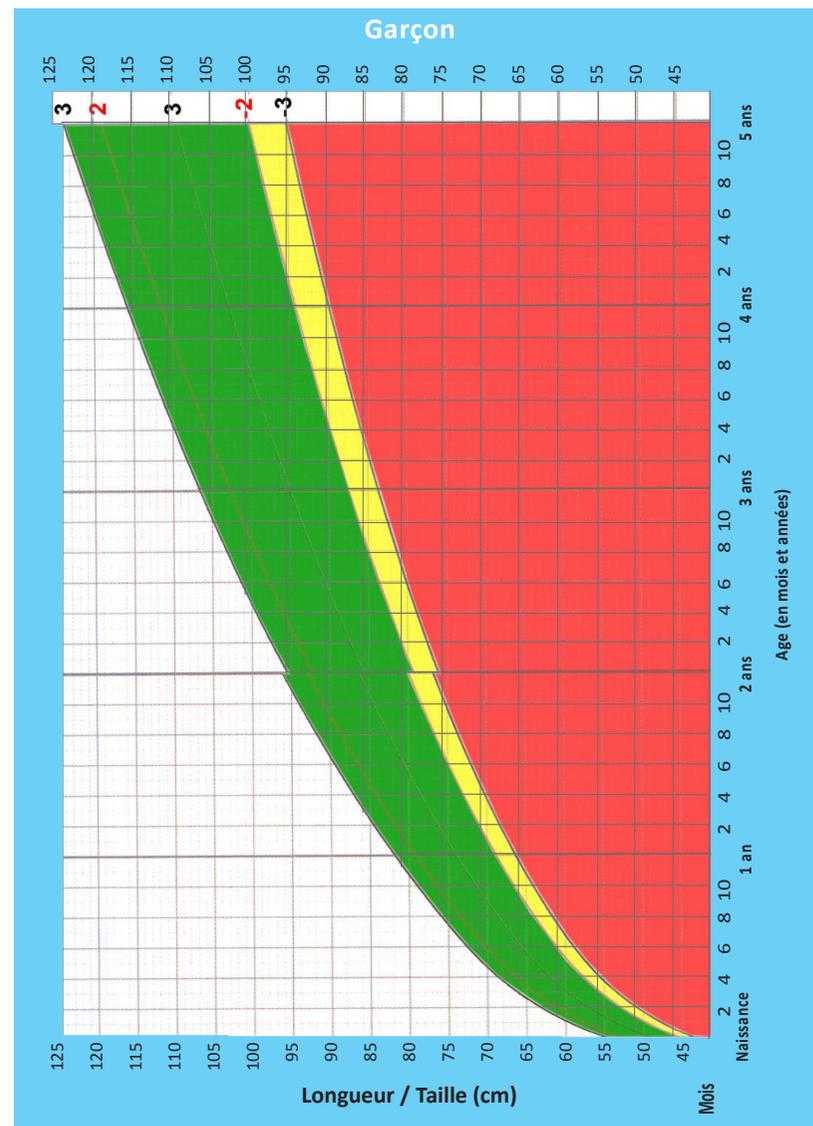
SURVEILLANCE MEDICALE

 (enfant sain ou malade)

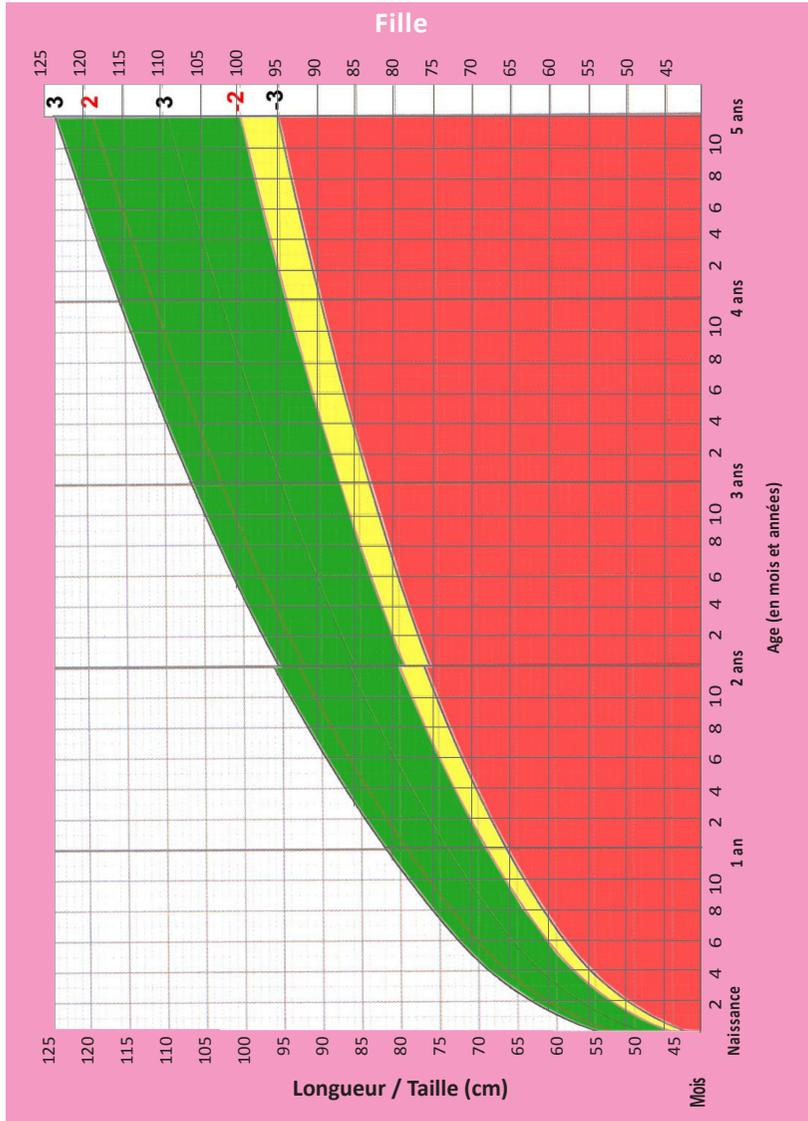
EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS									
DATE	AGE	T°	POIDS (kg)	TAILLE (cm)	IMC	PB*			EXAMEN CLINIQUE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

* Résultat PB à cocher

COURBE DE TAILLE POUR AGE DE 0 A 5 ANS (garçon)



COURBE DE TAILLE POUR AGE DE 0 A 5 ANS (fille)



SURVEILLANCE MEDICALE (enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS	
PRESCRIPTIONS ET REGIME	SIGNATURE ET CACHET

SURVEILLANCE MEDICALE

(enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS										
DATE	AGE	T°	POIDS (kg)	TAILLE (cm)	IMC	PB*			EXAMEN CLINIQUE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR	

* Résultat PB à cocher

TRANSFUSIONS

Date	N° de poche de sang	Date de péremption	Quantité	Lieu de transfusion	Signature et cachet

ANTECEDENTS DES MALADIES EPIDEMIQVES ET CONTAGIEUSES ACQUISES

Maladies	Période	Observations
Rougeole		
Oreillons		
Varicelle		
Coqueluche		
Rubéole		
Scarlatine		
Diphthérie		
Typhoïde		
Hépatite		
Méningite		
Choléra		

**SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A DES 6 MOIS
ET TOUS LES 6 MOIS JUSQU'A 5 ANS**

Date	Dose Vitamine A	Signature et cachet

AUTRES PREVENTIONS

- * Supplémentation en Fer / Acide folique à 6 mois, 12 mois, 18 mois et 24 mois
- * Déparasitage dès 9 mois et tous les 3 mois
- * Utilisation de moustiquaire imprégnée.

Date	Age	Dose fer	Déparasitage	Utilisation MIILD

JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (à renseigner en cas de MAPI)

Antigènes	Date	N° de lot	Dose	Signature et cachet

SURVEILLANCE MEDICALE
(enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS	
PRESCRIPTIONS ET REGIME	SIGNATURE ET CACHET

SURVEILLANCE MEDICALE

(enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS									
DATE	AGE	T°	POIDS (kg)	TAILLE (cm)	IMC	PB*			EXAMEN CLINIQUE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

* Résultat PB à cocher

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

HPV (vaccin contre le papilloma virus humain)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
Men A (vaccin anti meningococcique)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
VACCINS HORS PEV			
Vaccin (antigène à préciser).....			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
Vaccin (antigène à préciser).....			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

VRV (ROTA vaccin anti rotavirus)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
PCV 13			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
VPI (vaccin polio inactivé injectable)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
RR (vaccin contre la rougeole et la rubéole)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
VAA (vaccin contre la fièvre jaune)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet

SURVEILLANCE MEDICALE (enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS	
PRESCRIPTIONS ET REGIME	SIGNATURE ET CACHET

SURVEILLANCE MEDICALE (enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS									
DATE	AGE	T°	POIDS (kg)	TAILLE (cm)	IMC	PB*			EXAMEN CLINIQUE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

* Résultat PB à cocher

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

B.C.G *			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
VPO (0 à la naissance)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
Hep B (vaccin contre l'hépatite B administré dans les 24 h)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
VPO (1-2-3)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet
PENTA (DTC-Hep B-HiB)			
Date	N° de lot	RDV	Signature et cachet

(*) Fortement recommandée avant l'entrée en communauté.

CALENDRIER VACCINAL & SITES D'ADMINISTRATIONS

VACCIN	A LA NAISSANCE	6 SEMAINES	10 SEMAINES	14 SEMAINES	6 MOIS	9 MOIS	15 MOIS
BCG Contre la tuberculose	✓						
Hep B Contre l'hépatite B	✓						
VPO Contre la poliomyélite	✓	✓	✓	✓			
PENTA (DTC-Hep B-HiB) Contre la Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B et Haémophilus influenzae		✓	✓	✓			
PCV 13 Contre les infections à pneumocoque		✓	✓	✓			
ROTA Contre la diarrhée à rota virus		✓	✓				
RR Contre la rougeole et la rubéole						✓	✓
VAA Contre la fièvre jaune						✓	
VPI Contre la poliomyélite				✓			
VITAMINE A					✓		

SURVEILLANCE MEDICALE (enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS	
PRESCRIPTIONS ET REGIME	SIGNATURE ET CACHET

SURVEILLANCE MEDICALE

(enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS									
DATE	AGE	T°	POIDS (kg)	TAILLE (cm)	IMC	PB*			EXAMEN CLINIQUE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

* Résultat PB à cocher

RECOMMANDATIONS MEDICALES PARTICULIERES

Contre indications-Allergies-Traitements permanents ou de longue durée :
Maladies chroniques

.....

.....

.....

Date Signature et cachet

.....

.....

.....

Date Signature et cachet

.....

.....

.....

Date Signature et cachet

.....

.....

.....

Date Signature et cachet

.....

.....

.....

Date Signature et cachet

RECOMMANDATIONS MEDICALES PARTICULIERES

Contre indications-Allergies-Traitements permanents ou de longue durée :
Maladies chroniques

.....

 Date Signature et cachet

 Date Signature et cachet

 Date Signature et cachet

 Date Signature et cachet

 Date Signature et cachet

SURVEILLANCE MEDICALE (enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS	
PRESCRIPTIONS ET REGIME	SIGNATURE ET CACHET

SURVEILLANCE MEDICALE

(enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS									
DATE	AGE	T°	POIDS (kg)	TAILLE (cm)	IMC	PB*			EXAMEN CLINIQUE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

* Résultat PB à cocher

COMPTE RENDU D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES

4	
5	
6	

**COMPTE RENDU
D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES**

1	
2	
3	

SURVEILLANCE MEDICALE
(enfant sain ou malade)

EXAMENS CLINIQUES, RESULTATS ET PRESCRIPTIONS	
PRESCRIPTIONS ET REGIME	SIGNATURE ET CACHET

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

1	
2	
3	
4	
5	

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

6	
7	
8	
9	
10	