



PROGRAMME NATIONAL DE SANTE INFANTILE
ET DE LA SURVIE DE L'ENFANT



CARNET DE SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT



Nom et prénoms de la mère:

Nom et prénoms de l'enfant :

Reproduction Interdite

Prix Public : 500 frs CFA

INFORMATIONS ETAT CIVIL

Partie à remplir par l'Officier ou l'Agent de l'état civil au moment
de l'enregistrement

(Attention: ne vaut pas acte de naissance)

Commune / Sous-préfecture de :

Centre d'Etat civil de :

N°de l'acte d'état civil du Registre de l'année:

Date de déclaration de la naissance:/...../.....

Nom de l'enfant:

Prénoms:

Date de naissance:/...../.....

Lieu de naissance:

Sexe: F ___/ M___/

Nom et Prénoms du père:

Né le à

Nom et Prénoms de la mère:

Née le à

Nom, Prénoms et Signature de
l'Officier ou l'Agent de l'état civil :

Cachet du Centre d'état civil

CONSULTATION PRENATALE

Centre de :

N° client...../.....

Cachet du service

CONSULTATION INFANTILE

Centre de :

N° client...../.....

Cachet du service

Parents, prenez soin de ce carnet !
Gardez-le toujours avec vous, même en voyage
Il est valable pour tous les centres de santé.

SOMMAIRE

Pages

Identification	07
Informations médico-sociales	08
CCC à l'intention de la femme enceinte à chaque CPN	09
Antécédents	10
Grossesse actuelle	12
Signes de danger à signaler par la femme enceinte.....	13
Examens biologiques	14
Examen du 4 ^{ème} mois	15
Examen du 5 ^{ème} mois	16
Examen du 6 ^{ème} mois	17
Examen du 7 ^{ème} mois	18
Examen du 8 ^{ème} mois	19
Examen du 9 ^{ème} mois	20
Autres consultations et traitements de la femme enceinte.....	21
Critères absolus de référence	25
Vaccination chez la femme enceinte	26
Régime thérapeutique PTME	28
Prophylaxie antipalustre chez la mère	28
Déparasitage de la mère	28
Prévention de l'anémie chez la mère	28
Accouchement	29
Etat du nouveau-né à la naissance	30
Suites de couches immédiates	31
Etat du nouveau-né de J1 à J3	32
CCC pour le suivi de l'enfant	34
Examen néonatal (entre J3 et J7 après l'accouchement)	35
Examen de la mère (1 semaine après l'accouchement)	36
Visite post-natale de la mère (6-8 semaines après l'accouchement).....	37
Consultations préventives de l'enfant de 0 à 3 mois	38
Examens à 3 mois	41
Consultations préventives de l'enfant de 4 à 6 mois	42
Examens à 6 mois	45
Calendrier nutritionnel	47
Suivi nutritionnel de l'enfant	48

SOMMAIRE (suite)

Pages

Consultations préventives de l'enfant de 7 à 9 mois	50
Développement psychomoteur de l'enfant sain	52
Examens à 9 mois	54
Consultations préventives de l'enfant de 10 à 12 mois	56
Calendrier de vaccination des enfants	59
Vaccination PEV	60
Autres vaccinations.....	61
Manifestations Adverses Post-Immunisation (MAPI).....	62
Diagnostic chez l'enfant	63
Prévention du paludisme chez l'enfant	63
Supplémentation en vitamine A	63
Déparasitage (à partir de 6 mois)	64
Prévention des co-infections	64
Examens à 12 mois	65
Consultations préventives de l'enfant de 13 à 24 mois	66
Examens à 24 mois	69
Consultations préventives de l'enfant de 24 à 36 mois	70
Prévention de la carie dentaire	72
Examen à 4 ans (Consultations spécialisées : Pédiatrie)	73
Examen à 4 ans (Consultations spécialisées : ORL)	74
Examen à 4 ans (Consultations spécialisées : Ophtalmologie)	74
Examen à 4 ans (Consultations spécialisées : Odontostomatologie)	76
Consultations curatives/Hospitalisations	78
Courbes de croissance (Interprétation)	91
Courbes de croissance pour les filles	92
Courbes de croissance pour les garçons.....	96
Visite médicale systématique (classe de CP1)	101
Visite médicale systématique (classe de CE2)	102
Visite médicale systématique (classe de CM2)	103
Visite médicale systématique (classe de 6ème)	104
Visite médicale systématique (classe de 3ème)	105
CCC à l'intention des adolescents	106
Développement Psychomoteur de l'enfant de 15 mois à 5 ans	107
Pratiques Familiales Essentielles	108

IDENTIFICATION

MERE :

Nom et Prénoms :

Epouse :

Date de naissance : ____/____/____

Nationalité : Ethnie :

Lieu de résidence : Ville : Village :

Quartier : Lot n° :

Tél.:

Profession : Employeur :

PERE :

Nom et Prénoms :

Date de naissance : ____/____/____

Nationalité : Ethnie :

Lieu de résidence : Ville : Village :

Quartier : Lot n° :

Tél.:

Profession : Employeur :

ENFANT :

Nom et Prénoms :

Sexe :

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance :

Groupe sanguin : Rhésus :

Future Maman, dès la première consultation, présente-toi avec ta pièce d'identité, celle du père et les carnets des grossesses antérieures pour un meilleur suivi de ta grossesse.

INFORMATIONS MEDICO-SOCIALES CONDITIONS DE VIE

Date: ____/____/____

Logement :

- Habitat précaire
- Cour commune
- Villa
- Appartement
- Autres Préciser :

Nombre de personnes vivant dans le ménage : / ____/

Approvisionnement en eau et électricité :

- Eau courante : Oui Non
- Eau de forage : Oui Non
- Eau de puits traditionnel : Oui Non
- Eau de marigot : Oui Non
- Electricité : Oui Non

Autre à préciser :

Élimination des excréta :

- Latrine à fosse simple : Oui Non
- Latrine à siphon d'eau : Oui Non
- Dans la nature : Oui Non

Travaux ménagers :

Etes-vous aidée aux travaux ménagers ? Oui Non

Maman, utilise de l'eau propre et rends ton environnement propre.
La propreté est le début de la santé.

Communication pour le Changement de Comportement (CCC) à l'intention de la femme enceinte à chaque consultation prénatale

THEMES

1° Hygiène:

- Hygiène de vie
- Hygiène corporelle et vestimentaire
- Hygiène alimentaire et conseils nutritionnels
- Hygiène bucco-dentaire

2° Bilan prénatal

3° Prévention du paludisme

4° Prévention de l'anémie

5° Prévention du Tétanos

6° Prévention IST/VIH/Sida (PTME)

7° Signes de danger :

- Hémorragie
- Fièvre
- Œdèmes
- Rupture prématurée des membranes
- Céphalées
- Douleurs au bas ventre
- Essoufflement
- Brulures mictionnelles
- Non perception des mouvements fœtaux

8° Préparation à l'accouchement :

- Où, quand, référence éventuelle, accompagnement, coût, transport, Trousseau mère-enfant, etc....
- Mise au sein précoce
- Soins à la mère et au nouveau-né

9° Auto - médication et pratiques néfastes traditionnelles

10° Planification familiale

11° Prévention des cancers du sein et du col de l'utérus

12° Législation et grossesse

- Déclaration de grossesse
- Congé de maternité
- Déclaration de naissance

Maman, consomme les aliments riches en calcium (lait, yaourt, fromage, gombo sec, feuilles de baobab séchées...), cela aide au développement des os de ton bébé.

ANTECEDENTS

MERE :

Médicaux :

N° de Prise en charge thérapeutique :

Antécédents de malformation dans la famille : oui non

Si oui préciser.....

Allergies :

Chirurgicaux :

Gynécologiques :

Obstétricaux (G.P.):.....

Groupe sanguin: Rhésus :

Electrophorèse de l'hémoglobine :

Sérologie Toxoplasmose : Sérologie Rubéole

VDRL / TPHA :

V.A.T. à jour : oui non

GESTATIONS

N°	DATE	DUREE			MODE D'ACCOUCHEMENT
		Avortement	Prématuré	A terme	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Maman, protège ta santé en espaçant tes grossesses d'au moins 2 ans.

SIGNES DE DANGER A SIGNALER PAR LA FEMME ENCEINTE

- ŒDEMES DES MEMBRES INFERIEURS (PIEDS ENFLES)
- SAIGNEMENTS
- RUPTURE DE LA POCHE DES EAUX (ECOULEMENT D'EAU)
- FIEVRE
- DOULEURS AU BAS VENTRE
- CEPHALEES (MAUX DE TETE)
- VERTIGES
- BOURDONNEMENTS D'OREILLE
- ESSOUFFLEMENTS
- BRULURES MICTIONNELLES (A L'EMISSION DES URINES)
- NON PERCEPTION DES MOUVEMENTS FOETAUX
(L'ENFANT NE BOUGE PAS)

Maman, devant l'un de ces signes rends toi rapidement au centre de santé le plus proche.

EXAMENS BIOLOGIQUES

Nom de la Structure Sanitaire :
Groupe sanguin : Rhésus :
Taux Hb : Hématocrite :
Glycémie à jeun :
Albumine : Sucre :
Electrophorèse d'hémoglobine :
PTME : ⁰ ¹ ² ³
VDRL : TPHA :
Sérologie Toxoplasmose : IgG : IgM :
Sérologie Rubéole : IgG : IgM :
Recherche de nitrites dans les urines/ECBU :
Test de Coombs indirect(Si nécessaire) :
AgHBs :
Anticorps antiHbc : IgG : IgM :
Autres Examens :

.....
OBSERVATIONS :

.....
Traitement :

.....
RDV : ____/____/____

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, en début de grossesse, accepte de faire ton test VIH pour protéger ton bébé.

Nom de la Structure Sanitaire :

Age gestationnel (semaines) :

Signes fonctionnels (Plaintes) :

Examen clinique :

Poids :Prise de poids :

Taille : T.A. :T°

Conjonctives :

Seins :

Œdèmes : Vergetures :Varices :

Mvts foëtaux actifs :

H.U. (cm):..... PO (cm):.....

Palper :

B.D.C:  Nbre/minute :Régularité:.....

Spéculum (si nécessaire):.....

T.V. (si nécessaire) :

Albumine :Sucre :

Sérologie toxoplasmose (si nécessaire) :IgG : IgM:.....

Sérologie rubéole : (si nécessaire) :IgG : IgM:.....

OBSERVATIONS :

Traitement :

RDV : ____/____/____

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, viens régulièrement à la consultation prénatale, ta santé et celle de ton bébé en dépendent.

Nom de la Structure Sanitaire :
Age gestationnel (semaines) :
Signes fonctionnels (Plaintes) :.....
.....

Examen clinique :

Poids :..... Prise de poids :

Taille :..... T.A. :T°

Conjonctives :

Seins :

Œdèmes :..... Vergetures :..... Varices :

Mvts foëtaux actifs :.....

H.U. (cm):..... PO (cm):.....

Palper :.....

B.D.C:  Nbre/minute :.....Régularité:.....

Spëculum (si nëcessaire):.....

T.V. (si nëcessaire) :.....

Taux d'hëmoglobine : Hëmatocrite :

Test de Coombs indirect (si nëcessaire):

Sërologie toxoplasmose (si nëcessaire) :

Albumine :..... Sucre :.....

Echographie recommandëe :

OBSERVATIONS :

Traitement :.....

.....

RDV : ____/____/____

Nom et prënoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, consomme les aliments riches en protëines comme le poisson, la viande, les œufs, le soja, le haricot, qui permettent le bon dëveloppement de ton enfant.

Nom de la Structure Sanitaire :
Age gestationnel (semaines) :
Signes fonctionnels (Plaintes) :.....
.....

Examen clinique :

Poids :..... Prise de poids :

Taille :..... T.A. :T°.....

Conjonctives :

Seins :

Œdèmes :..... Vergetures :..... Varices :

Mvts fœtaux actifs :.....

H.U. (cm):..... PO (cm):.....

Palper :.....

B.D.C:  Nbre/minute :.....Régularité:.....

Spéculum (si nécessaire):.....

T.V. (si nécessaire) :.....

Sérologie toxoplasmose (si nécessaire) :

VDRL/TPHA:

Albumine :..... Sucre :.....

Préparation à l'accouchement :

Résultat de l'échographie :

OBSERVATIONS :

Traitement :.....

.....

RDV : ____/____/____

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, dors toutes les nuits sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action pour te protéger contre les piqûres de moustiques et le paludisme.

Nom de la Structure Sanitaire :
Age gestationnel (semaines) :
Signes fonctionnels (Plaintes) :
.....

Examen clinique :

Poids : Prise de poids :

Taille : T.A. : T°

Conjonctives :

Seins :

Œdèmes : Vergetures : Varices :

Mvts foetaux actifs :

H.U. (cm): PO (cm):

Palper :

B.D.C:  Nbre/minute : Régularité:

Spéculum (si nécessaire):

T.V. (si nécessaire) :

Sérologie toxoplasmose (si nécessaire) :

VDRL/TPHA:

Albumine : Sucre :

Echographie recommandée :

Préparation à l'accouchement :

OBSERVATIONS :

Traitement :

.....

RDV : ____/____/____

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, même séropositive, tu peux accoucher d'un enfant bien portant grâce à la PTME.

Nom de la Structure Sanitaire :
Age gestationnel (semaines) :
Signes fonctionnels (Plaintes) :
.....

Examen clinique :

Poids : Prise de poids :

Taille : T.A. : T°

Conjonctives :

Seins :

Œdèmes : Vergetures : Varices :

Mvts fœtaux actifs :

H.U. (cm): PO (cm):

Palper :

B.D.C:  Nbre/minute : Régularité:

Spéculum

T.V.

Bassin : Périnée :

Taux d'Hb : Hématocrite :

Sérologie Toxoplasmose (si nécessaire) :

Albumine : Sucre :

Préparation à l'accouchement :

Résultat de l'échographie :

OBSERVATIONS :

.....

Traitement :

.....

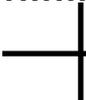
RDV : ____/____/____

Nom et prénoms du prestataire
Cachet et Signature

Maman, Prépare-toi à l'accouchement en prévoyant à l'avance :le lieu, le coût, le moyen de transport, les moyens pour une évacuation éventuelle, l'accompagnement, le trousseau, etc.

Nom de la Structure Sanitaire :
Age gestationnel (semaines) :
Signes fonctionnels (Plaintes) :
.....

Examen clinique :

Poids : Prise de poids :
Taille : T.A. : T°
Conjonctives :
Seins :
Œdèmes : Vergetures : Varices :
Mvts fœtaux actifs :
H.U. (cm): PO (cm):
Palper :
B.D.C:  Nbre/minute : Régularité:

Spéculum
T.V.

Bassin : Périnée :
Taux d'Hb : Hématocrite :
Albumine : Sucre :

Echographie (éventuellement) :
Pronostic de l'accouchement à 38 SA : Bon Réservé Mauvais
Préparation à l'accouchement (Consignes éventuelles):

OBSERVATIONS :
Traitement :
.....

RDV : ____/____/____
Nom et prénoms du prestataire
Cachet et Signature

Maman, pour ta santé et celle de ton enfant, accouche à la maternité.
Accoucher à la maternité sauve des vies.

DATE	AUTRES CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE

DATE	AUTRES CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE

DATE	AUTRES CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE

DATE	AUTRES CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE

CRITERES ABSOLUS DE REFERENCE

Hémorragie

- Hémorragie de la grossesse
- Hémorragie du travail
- Hémorragie du post partum immédiat

Pathologie de la grossesse

- Gestose et complications
- Diabète
- Hémoglobinopathie sévère

Pathologie Foétale

- Antécédent de mortinatalité itérative
- Procidence du cordon battant
- Souffrance foétale aiguë

Pathologie de l'accouchement

- Bassin immature
- Dilatation stationnaire de plus de 3 heures
- Primipare âgée de plus de 35 ans
- Travail long et prolongé au-delà de 12 heures
- Membrane rompue depuis plus de 12 heures
- Volume utérin de plus de 35 cm
- Utérus cicatriciel
- Siège chez la primipare
- 1^{er} Jumeau en siège
- Autres présentations dystociques
- Tumeur utérine ou vulvaire
- Syndrome de pré-rupture

VACCINATION ANTITETANIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

CALENDRIER VACCINAL (PEV)

VACCIN ANTITETANIQUE	PERIODE DE L'INJECTION	DUREE DE PROTECTION DU VACCIN
VAT 1	A la 1 ^{ère} CPN ou au 1 ^{er} contact avec la femme enceinte	Pas de protection
VAT 2	4 semaines après le VAT 1 ou à la 2 ^{ème} CPN	3 ans
VAT 3	6 mois après le VAT 2	5 ans
VAT 4	1 an après le VAT 3	10 ans
VAT 5	1 an après le VAT 4	Protection à vie

DOSES	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE
1 ^{ère} dose			
2 ^{ème} dose			
1 ^{er} rappel			
2 ^{ème} rappel			
3 ^{ème} rappel			

N.B. : 1. La mère et l'enfant ne sont pas protégés si la vaccination débute après le 8^e mois.
2. Noter les doses de vaccin antitétanique reçues antérieurement

Femme enceinte, fais-toi vacciner contre le tétanos, ton bébé et toi serez protégés.

AUTRES VACCINATIONS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

VACCINATIONS CONTRE	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE
Hépatite B *: 1 ^{ère} dose:			
	2 ^{ème} dose:		
	3 ^{ème} dose:		
AUTRES VACCINATIONS	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE

****N.B.: La vaccination contre l'hépatite B chez la femme enceinte n'est pas systématique. Elle est fonction des résultats du dosage de l'AgHBs, de l'Anticorps antiHBc et autres marqueurs de l'hépatite B. En cas de doute, ou de difficultés pour les interpréter, référer la femme enceinte dans un service spécialisé (Hépto-Gastro-entérologie ou Médecine interne).***

REGIME THERAPEUTIQUE PTME

Prophylaxie Traitement

PROPHYLAXIE ANTIPALUSTRE DE LA MERE

MILDA (Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'Action) reçue: Oui Non date : ____/____/____

Sulfadoxine pyrimethamine (SP) :

1^e dose (à partir du 4^e mois de la grossesse) date : ____/____/____

2^e dose (1 mois après la 1^{ère} Dose) date : ____/____/____

3^e dose (1 mois après la 2^{ème} Dose) si nécessaire date : ____/____/____

NB : Ne pas donner la SP au delà de la fin du 8^{ème} mois (36 semaines)

DEPARASITAGE DE LA MERE

1^{ère} dose (dès le 2^{ème} trimestre de grossesse) date : ____/____/____

2^{ème} dose (dès le 3^{ème} trimestre de grossesse) date : ____/____/____

PREVENTION DE L'ANEMIE

Supplémentation en Fer de la mère à partir de la 20^{ème} semaine (4^e mois).
Date de début : ____/____/____

Maman, dors toutes les nuits sous moustiquaire imprégnée d'insecticide.

ACCOUCHEMENT

Nom de la Structure sanitaire :

Date d'entrée : ____/____/____ Heure d'arrivée:

Mode d'entrée :

Numéro de partogramme :

Poids :T°:HU : BDC : Pouls :..... T.A:.....

N° PTME/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ PTME ⁰ ¹ ² ³

Age de la grossesse (SA) :

Date d'accouchement : ____/____/____ Heure :Lieu :.....

Régime thérapeutique PTME : Prophylaxie Traitement

Poche des eaux : Intacte Rompue Durée de la rupture:

Liquide amniotique Aspect : Clair Purée de pois Teinté

Odeur : Non fétide Fétide

Présentation:

Accouchement : Normal Dystocie Ventouse Forceps

Césarienne Indication

Durée d'expulsion du nouveau né :

Délivrance : Heure : normale artificielle

Placenta : Poids :..... Aspect : complet incomplet

Anomalie du placenta :

Révision utérine : oui non

Cordon ombilical : Aspect :.....Nombre de vaisseaux :.....

Mère vaccinée : oui non S.A.T. (si nécessaire) :

OBSERVATIONS :

Mère référée avant accouchement? Oui non

Si oui, heure de départ :

Motif de référence :

Durée du travail :

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, mets ton bébé au sein dans la demi heure qui suit l'accouchement et garde-le au chaud.

ETAT DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE

Enfant né : A terme Prématuré Post terme
 Mort né : antépartum intrapartum
 Sexe : F M Poids (gramme) :
 Taille : P.C. : T° :
 Cri immédiat : oui non
 Réanimé : oui non
 Si réanimé, Durée :
 Comment : Manœuvres externes Médicaments
 Manœuvres externes
 Médicaments :

Prophylaxie PTME donnée : oui non
 SAT : oui non
 Vitamine K 1 : oui non
 Désinfection des yeux : oui non
 Mise au sein précoce : oui non

TABLEAU D'APGAR A LA NAISSANCE

COTATION	0	1	2	1 min	5 min
Rythme cardiaque	Absent	Lent < 100	>100		
Respiration	Absente	Irrégulière	Bonne		
Tonus Musculaire	Hypotonie	Légère flexion des extrémités	Mouvements actifs		
Couleur	Cyanosée ou pâle	Corps rosé Extrémités cyanosées	Totalement rosé		
Réponses aux excitations	Pas de réponse	Cri	Cri vigoureux		
TOTAL					

APGAR à 1 min :

APGAR à 5 min :

Nom et prénoms du prestataire
 Cachet et Signature

Maman, toi qui viens d'accoucher, pour ta santé et celle de bébé, faites vous suivre par un personnel de santé.

SUITES DE COUCHES IMMEDIATES

(Jusqu'à 48 h voir 72h) :

ETAT DE LA MERE

EXAMENS	J1	J2	J3 (Etat à la sortie)
	Date: ___/___/___	Date: ___/___/___	Date: ___/___/___
Température			
Pouls			
TA			
Conjonctives			
Globe de sécurité (utérin)			
Saignement vulvaire			
Anomalies des seins			
Autres			

CONCLUSION Etat à la sortie (J3):.....

Suites de couches immédiates : Normales Pathologiques

Référée : Date : ___/___/___ Lieu :

Motif de référence :

RDV (à 1 semaine après l'accouchement) : ___/___/___

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, toi qui viens d'accoucher, mets ton bébé au sein dans la demi-heure qui suit. Ce premier lait est riche en vitamines et rendra ton bébé fort.

ETAT DU NOUVEAU NE DE J1 A J3

	EXAMENS	J1		J2		J3 (Etat à la sortie)	
		Date: _/_/___	Date: _/_/___	Date: _/_/___	Date: _/_/___	Date: _/_/___	Date: _/_/___
1	Température						
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
2	Saignement ombilical						
3	Mise au sein						
4	Hématome (Bosse sérosanguine)						
5	Perméabilité de l'œsophage (épreuve à la sonde)						
6	Anomalie du frein de langue						
7	Perméabilité des oreilles externes (perméabilité, surdité)						
8	Perméabilité des choanes (nez) : (épreuve à la sonde)						
9	Pâleur						
10	Ictère						
11	Cyanose						
12	Cri normal						
13	Dyspnée						
14	Souffle cardiaque						
15	Ombilic normal						
16	Hépatomégalie						
17	Splénomégalie						
18	Colonne vertébrale normale						
19	Membres supérieurs normaux (malformation, paralysie)						
20	Membres inférieurs normaux (malformation, paralysie)						
21	Hanche : signe du ressaut						
22	Organes génitaux externes normaux						
23	Présence des 2 testicules dans les bourses						
24	Anus normal (plissé perméable)						
25	Examen du périnée (urètre, vagin, anus)						
26	Emission de méconium						

ETAT DU NOUVEAU NE DE J1 A J3 (Suite)

	EXAMENS	J1		J2		J3 (Etat à la sortie)	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
27	Emission d'urines						
28	Jet urinaire (normal)						
29	Tonus normal						
30	Réflexes archaïques :						
	Moro :						
	Grasping :						
	Succion :						
31	Autres						

Vaccination contre l'Hépatite B*: oui non

Si oui, préciser : Date/...../.....

Cachet du service

Lot n°

** Vaccination à faire chez l'enfant dans les 48 heures suivant la naissance, si une Hépatite B a été diagnostiquée chez la mère pendant la grossesse. Cette dose n'est pas prise en compte dans le PEV et ne modifie pas le calendrier vaccinal du PEV.*

CONCLUSION Etat à la sortie (J3) :

Poids : Taille : PC :

Allaitement Exclusif: Alimentation de remplacement exclusif :

Traitement à la sortie :

Nouveau-né : Sain Malade

Mode de sortie : Domicile Autres :

Référé : Date ____/____/____ Lieu :

Motif de référence :

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Parents, déclarez votre enfant à l'Etat civil dans les délais prévus par la loi.
La déclaration de naissance est un droit pour chaque enfant.

COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC) POUR LE SUIVI DE L'ENFANT

THEMES

1. Vaccination
2. Croissance de l'enfant (Expliquer la tendance de la Courbe de poids à la mère)
3. Hygiène (hygiène de vie, corporelle, alimentaire, bucco-dentaire, vestimentaire,)
4. Alimentation du nourrisson et de l'enfant y compris celui exposé au VIH
5. Supplémentation en vitamine A
6. Supplémentation en fluor
7. Prévention du Paludisme (MILDA)
8. Prévention de l'anémie
9. Prise en charge de la fièvre à domicile
10. Prévention et prise en charge de la diarrhée à domicile
11. Signes de danger selon la PCIMNE (*Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant*)
12. Dépistage précoce du VIH
13. Accidents domestiques
14. Allergies
15. Déclaration de naissance

Maman le paludisme tue, dors toutes les nuits avec ton enfant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide.

EXAMEN NEONATAL

(Entre J3 et J7 après l'accouchement)

Date : ____/____/____ Nom de la Structure sanitaire :

Age du nouveau-né (en jours) :

Poids (gramme) : Gain Stationnaire Perte

Taille : P.C. : T° :

Coloration : normale Pâle Cyanose Gris

Hématome crânien : oui non

Dyspnée : oui non

Ictère : oui non Si oui, date d'apparition :

Ombilic : Chute du cordon oui non

Aspect : Propre hémorragique souillé

Si souillé, préciser Odeur : non fétide fétide

Réflexes archaïques présents :

Moro : oui non

Grasping : oui non

Succion : oui non

Marche automatique : oui non

Fixe le regard : oui non

Mode d'alimentation : Allaitement exclusif : oui non

Si non obstacle à l'allaitement :

Alimentation de remplacement exclusif : oui non

Conclusion de l'examen :

Conseils nutritionnels :

Traitement prescrit:

Référé : Date : ____/____/____ Lieu :

Motif de référence:

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, une semaine après la naissance de bébé, rends-toi avec lui au centre de santé le plus proche pour t'assurer de sa bonne santé.

EXAMEN DE LA MERE

(1 semaine après l'accouchement)

Date : ____/____/____

Nom de la Structure sanitaire :

Signes fonctionnels (plaintes):

Etat général :

Poids :TA :Pouls :T° :

Conjonctives :

Etat des seins :

Périnée :.....

Utérus :

Lochies :.....

Troubles urinaires :.....

Troubles du transit :.....

Troubles neurologiques :

RDV (à 6 sem.- 8 sem. après l'accouchement) : ____/____/____

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, une semaine après ta sortie, présentes- toi au centre de santé.
Mais reviens aussitôt si tu vas mal.

VISITE POST-NATALE DE LA MERE

(6 à 8 semaines après l'accouchement)

Date : ____/____/____

Nom de la Structure sanitaire :

Poids : T° : Pouls : TA :

Albumine: Sucre :

Conjonctives :

Etat des seins :

Etat de la paroi abdominale :

Allaitement : oui non

Alimentation de la mère :

EXAMEN GYNECOLOGIQUE

- Examen du périnée :
- Examen au spéculum :
- Test à l'acide acétique / Frottis cervico-vaginal :
- Toucher vaginal :

Retour de couches : oui non Si oui, date : ____/____/____

Désir de contraception : oui non si oui type

Traitement prescrit :

Supplémentation en Fer :

Autres :

Prise en charge thérapeutique de la mère: oui non

Si non, Référer. Date ____/____/____

Structure/Service :

OBSERVATIONS :

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, pour ta santé et celle de ton enfant, rends-toi au centre de santé le plus proche six semaines après ton accouchement.

CONSULTATIONS DE L'ENFANT

Pesée et mensuration (1 fois/semaine)

DATE	AGE (en SEM)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur
1^{er} mois							
2^e mois							
3^e mois							

Maman, peser régulièrement son bébé permet de détecter et prévenir à temps la malnutrition.

EXAMEN A 3 MOIS

Date : ____/____/____

Nom de la Structure sanitaire :

Conditions de vie :

- Orphelin : oui non
- Si oui préciser lequel des parents est décédé :
- Mère travaille : oui non
- Qui s'occupe de l'enfant : Parents : oui non
Autre personne :

Mode d'alimentation :

Antécédents pathologiques :

Allergies :

Poids : Taille : PC : T°: Z score (P/T) :

Développement psychomoteur :

- Sourire réponse : oui non
- Maintien de la tête : oui non
- Vision (reconnait le visage de sa mère): oui non
- Yeux : Strabisme: oui non Nystagmus : oui non
- Audition (réaction aux stimuli sonores): oui non
- Gazouillement : oui non
- Poursuite du regard : oui non

Persistance des réflexes archaïques : oui non Si oui lesquels ?
Moro : Grasping : Succion : Marche automatique :

Conclusion de l'examen :

Prescription :

Nom et prénoms du prestataire
Cachet et Signature

Maman, Papa, personne à charge de l'enfant, bébé a besoin de votre affection pour son développement harmonieux.

CONSULTATIONS DE L'ENFANT

1 Pesée

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

PREVENTIVES DE 4 A 6 MOIS

par mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	

EXAMEN A 6 MOIS

Date : ___/___/___ Nom de la Structure sanitaire :

Modification des conditions de vie : oui non

Si oui préciser :

Mode d'alimentation :

Antécédents pathologiques :

Allergies :

Examen clinique :

Poids : Taille : PC : T° : Z score (P/T):

Conjonctives :

Abdomen :

Cœur :

Poumons :

Développement psychomoteur :

Station assise : oui non Attrape les objets : oui non

Passe un objet d'une main à l'autre : oui non

Emet des syllabes da - ba - ka : oui non

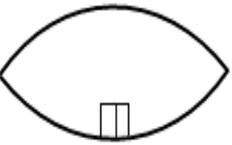
Réagit à l'appel de son nom : oui non

Vision normale: oui non Audition normale: oui non

Groupe sanguin: Rhésus :

Electrophorèse de l'hémoglobine :

Examen bucco-dentaire :

 6 mois	-Age de l'enfant au même stade de développement.....
	-Présence des incisives centrales du bas: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Hygiène des dents:..... bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/>
	-Présence de carie :..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Anomalie du frein lingual :..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Succion des doigts : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Conclusion de l'examen :

Prescription :

*Supplémentation en vitamine A : oui non (*voir page 63*)

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, dès l'âge de 6 mois, diversifie l'alimentation de ton bébé avec des produits locaux.

CALENDRIER NUTRITIONNEL

<p>De la naissance à 6 mois</p>  <p>Commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement.</p> <p>Ne rien donner d'autre en dehors du sein de la mère</p> <p>Allaiter aussi souvent que l'enfant réclame, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures</p>	<p>De 6 mois à 9 mois</p>  <p>Continuer à allaiter à la demande nuit et jour, au moins 8 fois par 24 heures</p> <p>En plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner 2 bouillies épaisses de céréales enrichies au lait, à l'huile, à l'œuf, à la pâte d'arachide ou au beurre de karité • autres aliments tels que l'igname sous forme de pâte enrichie à l'huile ou au beurre de karité. <ul style="list-style-type: none"> • donner 1 repas familial sans épice • donner 2 goûters : yaourt, œuf dur, galette, pain garni, fruit de saison, etc. 	<p>De 9 mois à 2 ans</p>  <p>Continuer à allaiter à la demande nuit et jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner 1 bouillie épaisse de céréales enrichies soit au lait, à l'huile, à l'œuf, à la pâte d'arachide ou au beurre de karité • autres aliments tels que l'igname sous forme de pâte enrichie à l'huile ou au beurre de karité. <ul style="list-style-type: none"> • Donner en plus 2 repas familiaux sans épice • Donner 2 goûters : yaourt, œuf dur, galette, pain garni, fruit de saison, etc. 	<p>2 ans et plus</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Donner 1 bouillie de céréales enrichies au lait, à l'huile, à l'œuf, à la pâte d'arachide ou au beurre de karité ou bien d'autres aliments tels que l'igname sous forme de pâte enrichie à l'huile ou au beurre de karité. • Donner en plus 2 repas familiaux sans épice. • Donner 2 goûters : yaourt, œuf dur, galette, pain garni, fruit de saison, etc. 
---	---	--	--

Le lavage des mains avec de l'eau propre et du savon avant de préparer les repas, avant de nourrir les enfants, après la défécation et après l'élimination correcte des selles, préserve contre les maladies

SUIVI NUTRITIONNEL DE L'ENFANT

	Calendrier de suivi												
	CPN	Naissance	S1	M1	M3	M4	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Evaluation AFADS faite (Oui/Non)													
Option d'alimentation choisie (1 ou 2)*													
Alimentation de complément effectuée (Oui/Non)													
Conseils nutritionnels reçus (Oui/Non)													
Arrêt de l'allaitement réalisé (Oui/Non)													
Pathologies des seins constatées (Oui/Non)													

* : 1= allaitement exclusif ou 2= alimentation de remplacement exclusif

Maman, en cas de diarrhée, donne suffisamment de l'eau à boire à ton bébé et consulte le centre de santé le plus proche.

CONSULTATIONS DE L'ENFANT

1 Pesée

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

Maman, pour éviter le goitre à ton enfant, utilise le sel iodé dans la préparation de ses repas.

PREVENTIVES DE 7 A 9 MOIS

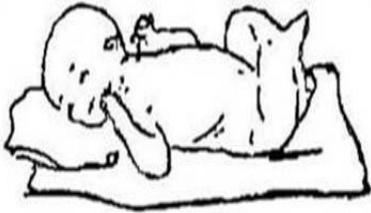
par mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION (Fer, Fluor)*	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	

*Prescription systématique

Maman, pour enrichir les repas de ton bébé, utilise les aliments suivants : jaune d'œuf, pâte d'arachide, poisson, huile rouge, feuilles vertes et légumes. Donne-lui en plus, un fruit à chaque repas.

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR



1 mois :

- Suit du regard
- Cesse de pleurer dès qu'on approche



2 mois :

- Suit des yeux une personne qui se déplace
- Sourit à un visage familier
- Vocalise
- Joue avec ses mains



3 mois:

- Sourire réponse
- Maintien de la tête
- Reconnaît le visage de sa mère
- Réagit aux stimuli sonores
- Gazouillement



4-5 mois:

- Palpation des objets placés dans sa main
- Tenu assis tête droite
- Tourne la tête pour regarder une personne qui l'appelle



5 mois:

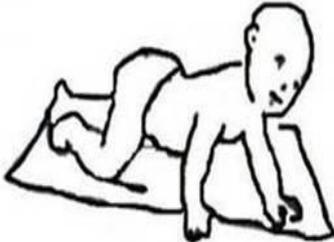
- Manipulation volontaire des objets
- Découverte de l'environnement
- Porte tout à la bouche

DE L'ENFANT SAIN



6 mois:

- Station assise
- Attrape les objets
- Passe un objet d'une main à l'autre
- Emet des syllabes da - ba - ka
- Réagit à l'appel de son nom



6-8 mois:

- Répétition des sons ; émet des syllabes
- Marche à quatre pattes
- Tend les bras pour être pris
- Tenu debout il sautille et s'accroupit



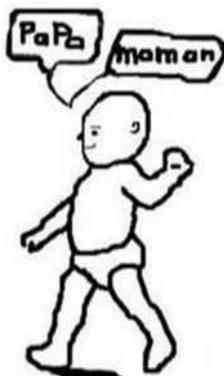
8 mois:

- Debout avec appui, joue à (cache-cache)
- Pleure devant un inconnu, fait la différence entre les visages familiers et les étrangers



9 mois:

- Palpation des objets placés dans sa main
- Se tient debout avec appui
- Ebauche la marche tenue par les mains
- Apparition des 1ers mots (syllabes dédoublées, pa-pa, ki-ki, mi-mi)
- Peut tendre un objet à un parent
- Fait la pince avec le pouce et l'index



10-12 mois:

- Palpation des objets placés dans sa main
- Début des premiers pas, marche avec appui
- Evite les obstacles
- Boit au verre
- Comprend les interdits
- Dit des mots phrases (papa-maman)

EXAMEN A 9 MOIS

Date : ____/____/____ Nom de la Structure sanitaire :

Modification des conditions de vie : oui non

Si oui préciser :

Alimentation :

Antécédents pathologiques:.....

Allergies:.....

Vaccination à jour : oui non

Examen clinique

Poids : Taille : PC : PB : T° : Z-score(P/T):.....

Fontanelle fermée : oui non

Conjonctives :

Abdomen:

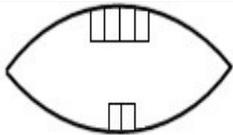
Cœur :

Poumons :

Développement psychomoteur

- Ebauche la marche ,tenu par les mains : oui non
- Se tient debout avec appui: oui non
- Apparition des 1^{er} mots (syllabes dédoublés, pa-pa, ki-ki, mi-mi): oui non
- Peut tendre un objet à un parent : oui non
- Fait la pince avec le pouce et l'index : oui non

Examen bucco-dentaire:



9 mois

- Age de l'enfant au même stade de développement.....
- Présence des incisives centrales et latérales du haut: oui non
- Hygiène des dents:..... bonne mauvaise
- Présence de carie :..... oui non
- Anomalie du frein lingual : oui non
- Succion des doigts :.....oui non

Conclusion de l'examen :

Prescription :

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, fais vacciner ton bébé contre la rougeole et la fièvre jaune dès qu'il a 9 mois.

CONSULTATIONS DE L'ENFANT

1 Pesée

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

PREVENTIVES
De 10 A 12 mois
 Par mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION (Fer, Fluor)*	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	

*** Prescription systématique**

Parents, vous êtes responsables de la santé bucco-dentaire de vos enfants.

CALENDRIER DE VACCINATION DES ENFANTS (PEV)

AGE	VACCINATIONS	PROTEGE CONTRE
Naissance	BCG + Polio 0	Tuberculose/ Poliomyélite
6 Semaines	DTC - Hep B - Hib1 + PCV13-1 + Rotateq1 + VPO1	Diphtérie/Tétanos / Coqueluche/ Hépatite B/ Méningite du bébé/Diarrhée due au Rotavirus/Infections à Pneumocoque/ Poliomyélite
10 Semaines	DTC - Hep B - Hib2 + PCV13-2 + Rotateq2 + VPO2	
14 Semaines	DTC - Hep B - Hib3 + PCV13-3 + Rotateq3 + VPO3	
9 Mois	Anti Rougeoleux (VAR) + Anti Amaril (VAA)	Rougeole / Fièvre jaune

Maman, présente ton bébé au centre de santé le plus proche au moins cinq fois avant l'âge d'un an pour qu'il soit complètement vacciné.

VACCINATIONS PEV

VACCINS	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE
BCG			
Polio 0			
DTC-Hep B-Hib	1 ^{ère} dose :		
	2 ^{ème} dose :		
	3 ^{ème} dose :		
PCV13	1 ^{ère} dose :		
	2 ^{ème} dose :		
	3 ^{ème} dose :		
Rotateq	1 ^{ère} dose :		
	2 ^{ème} dose :		
	3 ^{ème} dose :		
Polio oral	1 ^{ère} dose :		
	2 ^{ème} dose :		
	3 ^{ème} dose :		
Anti Rougeoleux (VAR)	1 ^{ère} dose :		
	2 ^{ème} dose :		
Anti Amaril (VAA)			

Enfant bien vacciné = Enfant bien protégé.

AUTRES VACCINATIONS

AGE DE DEBUT	VACCINATIONS CONTRE	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE
15 mois	Rougeole/Oreillon /Rubéole (ROR)			
18 mois	Méningite AC : 1 ^{ère} dose :			
	1 ^{er} Rappel :			
	2 ^e Rappel :			
	3 ^e Rappel :			
	4 ^e Rappel :			
2 ans	Typhoïde : 1 ^{ère} dose :			
	1 ^{er} Rappel :			
	2 ^e Rappel :			
	3 ^e Rappel :			
	4 ^e Rappel :			
Autres vaccins				

MANIFESTATIONS ADVERSES POST-IMMUNISATION (MAPI)

Nom de la structure sanitaire :.....

Date de survenue : ____/____/____

Description brève des réactions :.....

.....

Antigène (s) en cause:.....

.....

N° du Lot :..... N° du Lot :..... N° du Lot :.....

CAT:.....

.....

.....

Nom et prénoms du prestataire
Cachet et Signature

Parents, votre bébé peut être vacciné sans danger en cas de maladie bénigne.

DIAGNOSTIC CHEZ L'ENFANT

Rang du dépistage	Date de l'examen (jj/mm/aa)	Période	Type d'examen	Typage								
1^{er} dépistage		<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Autres	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">0</td> <td style="padding: 0 10px;">1</td> <td style="padding: 0 10px;">2</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
2^e dépistage		<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Autres	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">0</td> <td style="padding: 0 10px;">1</td> <td style="padding: 0 10px;">2</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
3^e dépistage		<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Autres	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">0</td> <td style="padding: 0 10px;">1</td> <td style="padding: 0 10px;">2</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

Prise en charge thérapeutique : Oui Non

PREVENTION DU PALUDISME CHEZ L'ENFANT

MILDA reçue : Oui Non si oui date : ____/____/____

Autre type à préciser :

SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

(100.000 UI pour les 6 mois et 200.000 UI pour les 12-59mois)

Age	Date	Lieu
6 mois		
12 mois		
18 mois		
24 mois		
30 mois		
36 mois		
42 mois		
48 mois		
54 mois		
60 mois		

N.B : les doses sont données à intervalle de 6 mois

La vitamine A sauve la vie et sauve la vue.

DEPARASITAGE (A partir de 6 mois)

Age	Date	Molécule	Lieu*
6 mois			
12 mois			
18 mois			
24 mois			
30 mois			
36 mois			
42 mois			
48 mois			
54 mois			
59-60 mois			
60 mois et plus			

***Lieu** : L'école, la Clinique, la formation sanitaire, le service, à domicile, etc.

PREVENTION DES CO-INFECTIONS

Age	≥ 6 semaines	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
CTX(Doses en fonction du poids)												

CTX = Cotrimoxazole

M= Mois

Parents, dès l'âge de 6 mois, faites déparasiter votre enfant.

EXAMEN A 12 MOIS

Date : ____/____/____ Nom de la Structure sanitaire :

Modification des conditions de vie : oui non

Si oui préciser :

Alimentation :

Antécédents pathologiques :

Allergies :

Vaccination à jour :oui non

Examen clinique :

Poids : Taille : PC : PB : T° : Z-score(P/T):

Fontanelle fermée: oui non

Conjonctives :

Abdomen :

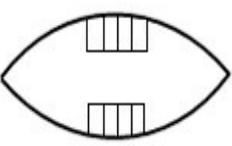
Cœur :

Poumons :

Développement psychomoteur :

- Marche seul oui non
- Evite les obstacles oui non
- Boit au verre oui non
- Comprend les interdits oui non
- Dit des mots phrases oui non
- Dit « papa – maman » oui non
- Joue à jeter les objets par terre et à taper sur la table oui non

Examen bucco-dentaire :

 12 mois	-Age de l'enfant au même stade de développement.....
	-Présence des incisives latérales du bas: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Hygiène des dents:..... bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/>
	-Présence de carie :..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Anomalie du frein lingual :..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Succion des doigts : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Conclusion de l'examen :

Prescription :

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, continue à allaiter ton bébé jusqu'à l'âge de 24 mois pour son bon développement.

CONSULTATIONS DE L'ENFANT

1 Pesée par trimestre

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

Parents, surveillez vos enfants afin d'éviter les accidents domestiques.

PREVENTIVES DE 13 A 24 MOIS

jusqu'à 2 ans/Examen bucco-dentaire à 18 mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION (Fer, Fluor)*	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	

* Prescription systématique

Parents, faites examiner régulièrement les dents et gencives de vos enfants par les chirurgiens dentistes.

EXAMEN A 24 MOIS

Date : ____/____/____ Nom de la Structure sanitaire :

Modification des conditions de vie : oui non

Si oui préciser :

Antécédents pathologiques :

Allergies:.....

Examen clinique :

Poids : Taille : PC : PB : T° : Z-score(P/T):.....

Conjonctives :

Abdomen :

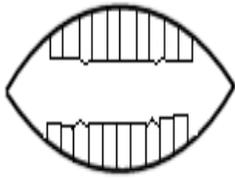
Cœur :

Poumons :

Développement psychomoteur :

- Obéit à un ordre simple : oui non
- Fait des phrases simples : oui non
- Bouge beaucoup : oui non
- Propreté diurne : oui non
- Vision normale : oui non
- Audition normale: oui non

Examen bucco-dentaire :

 24 à 30 mois	-Age de l'enfant au même stade de développement.....
	-Présence des deuxièmes molaires:..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Hygiène des dents:..... bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/>
	-Présence de carie :..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Anomalie du frein lingual :..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Succion des doigts : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Conclusion de l'examen :

Prescription :

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Parents, votre enfant parle t-il ? Entend t-il ? Faites contrôler son audition.

CONSULTATIONS DE L'ENFANT

Examen bucco - dentaire/

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

Parents, pour leur assurer des dents saines, vos enfants doivent éviter l'excès d'aliments sucrés (bonbons, gâteaux etc.).

PREVENTIVES DE 24 A 36 MOIS

1 Pesée tous les 6 mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION (Fer, Fluor)*	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	

Parents, pour leur assurer des dents saines, vos enfants doivent :

- se brosser les dents après chaque repas,
- utiliser du Fluor pour protéger et pour renforcer leurs dents.

PREVENTION DE LA CARIE DENTAIRE

Brossage des dents

A partir de 3 ans, préférer l'utilisation d'un dentifrice fluoré pour l'enfant.

Brosser les dents 2 à 3 fois par jour après les repas.

Brosser les dents suivant la technique dite du « rouleau » ou « B.R.O.S » :

- B : Brosser le maxillaire supérieur et inférieur séparément
- R : Rouleau ou mouvement rotatif pour brosser de la gencive vers les dents
- O : Oblique : incliner la brosse à 45° sur la gencive
- S : Suivre un trajet ; faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus

Visite chez le dentiste

Amener l'enfant à consulter le dentiste au moins deux (2) fois par an et solliciter un bilan dentaire de l'enfant.

Supplémentation en Fluor

De 6 mois à l'âge de 12 ans votre enfant doit bénéficier de la prescription de suppléments fluorés (gouttes ou comprimés fluorés). Parlez-en à votre praticien.

Concentration du fluor dans la localité de résidence en (mg/l) ou ppm*	Dose prophylactique (mg de fluor par jour)				
	0 à 2 ans (3 - 9 kg)	2 à 4 ans (10 - 15 kg)	4 à 6 ans (16 - 20 kg)	6 à 12 ans (20 kg et plus)	Femme enceinte (5 ^{ème} mois)
< 0,3	0,25 mg/j	0,50 mg/j	0,75 mg/j	1 mg/j	1 mg/j
0,3 à 0,7	0	0	0,25 mg/j	0,50 mg/j	0,50 mg/j
> 0,7	0	0	0	0	0

Alimentation

- Eviter l'excès d'aliments mous et collants comme les bonbons et les caramels
- Préférer les fruits et les légumes frais
- Eviter l'utilisation nocturne et prolongée de boissons sucrées chez le nourrisson

Quelle que soit l'alimentation, le plus important est de se brosser les dents après les repas.

EXAMEN A 4 ANS

Consultations spécialisées

PEDIATRIE

Date : ____/____/____

Nom de la Structure sanitaire :

Modification des conditions de vie : oui non

Si oui préciser :

Antécédents pathologiques :

Allergies :

Examen clinique :

Poids : Taille : PC : PB : T° : Z-score(P/T):

Conjonctives :

Abdomen :

Cœur :

Poumons :

Albumine : Sucre :

Conclusion de l'examen :

Prescription:

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

EXAMEN A 4 ANS

Consultations spécialisées

ORL : Date : ____/____/____

Nom de la Structure sanitaire :

Troubles auditifs : oui non

Si oui préciser :

Conclusion de l'examen :

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

OPHTALMOLOGIE : Date : ____/____/____

Nom de la Structure sanitaire :

Acuité visuelle : œil droit :..... œil gauche :.....

Examen ophtalmologique :

Conclusion de l'examen :

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

EXAMEN A 4 ANS

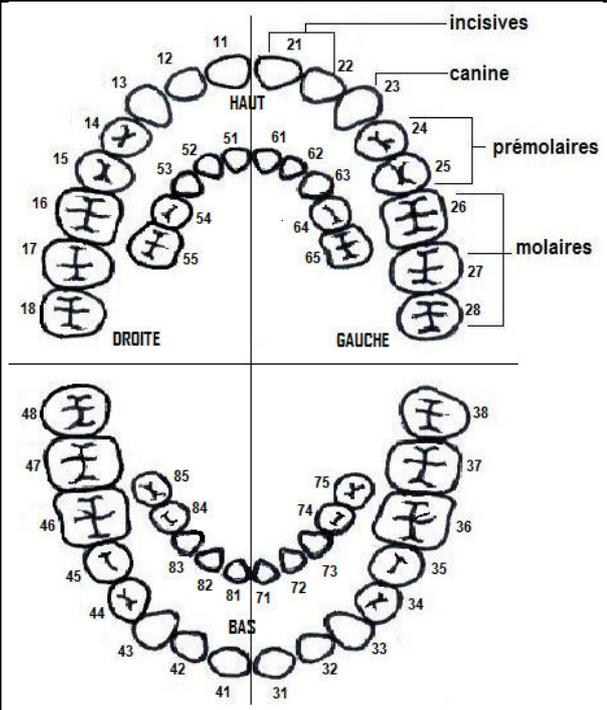
Consultations spécialisées

ODONTOSTOMATOLOGIE (examen bucco-dentaire):

Date : ____/____/____

Nom de la Structure sanitaire :

Etat des dents :

	<p>X = dent absente</p> <p>○ = dent à traiter</p> <p>● = dent traitée</p> <p>← = dent à extraire</p> <p>-Hygiène des dents: bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/></p> <p>-Anomalie du frein lingual : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>-Succion des doigts : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>-Troubles de l'articulé dentaire: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>
---	--

Conclusion de l'examen :

Prescription:

Nom et prénoms du prestataire
Cachet et Signature

CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

COURBES DE CROISSANCE:

1- Courbe Poids-pour l'âge :

Le diagramme du **poids-pour-l'âge** indique le poids corporel rapporté à l'âge par comparaison à la médiane (courbe 0) :

- un enfant dont le **poids-pour-l'âge** est en dessous de la **courbe- 2**, a un **poids insuffisant**.
- En dessous de la **courbe- 3**, son **poids** est **gravement insuffisant**. Il est possible que l'on observe des signes cliniques de marasme ou de kwashiorkor.

2- Courbe Poids-pour la taille :

Le diagramme du **poids-pour-la taille** indique le poids corporel rapporté à la taille par comparaison à la médiane (courbe 0).

- Un enfant dont le **poids-pour-la taille** est au dessus de la **courbe 3** est **estobèse**.
- Au-dessus de la **courbe 2**, il est en **surpoids**.
- Au-dessus de la **courbe 1**, il court un **risque de surpoids**.
- En dessous de la **courbe -2**, il est **émacié**.
- En dessous de la **courbe -3**, il est **gravement émacié**. *Le référer en urgence pour des soins spécialisés.*

NB : la taille se mesure en position couchée de la naissance à 2 ans et se mesure en position debout de 2 ans à 5 ans.

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de CP1)

Date : ____/____/____ Nom de la Structure sanitaire :

Antécédents pathologiques:.....

Allergies :

Age : Poids : Taille : T° : TA : IMC :

Examen physique :

Abdomen :

Cœur :

Poumons :

Autres :

Comportement psycho-social de l'enfant :

.....

Examen bucco-dentaire :

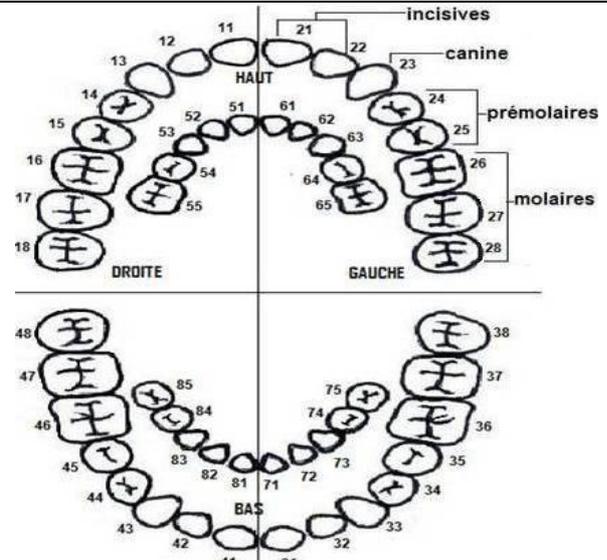
- Indiquer sur le schéma :

- X** = dent absente
- = dent à traiter
- = dent traitée
- ← = dent à extraire

-Hygiène dentaire: bonne mauvaise

-Anomalie du frein lingual : oui non

-Succion des doigts : oui non



Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit : Œil gauche :

Troubles auditifs : Oui Non

Si oui, préciser :

Conclusion:.....

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de CE2)

Date : ____/____/____ Nom de la Structure sanitaire :

Antécédents pathologiques:.....

Allergies :

Age : Poids : Taille : T° : TA : IMC :

Examen physique :

Abdomen :

Cœur :

Poumons :

Autres :

Comportement psycho-social de l'enfant :

Examen bucco-dentaire :

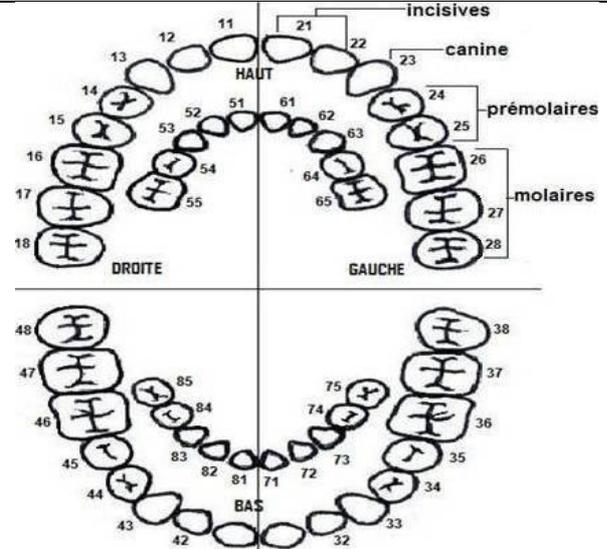
- Indiquer sur le schéma :

- X** = dent absente
- = dent à traiter
- = dent traitée
- ← = dent à extraire

-Hygiène dentaire: bonne mauvaise

-Anomalie du frein lingual : oui non

-Succion des doigts : oui non



Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit : Œil gauche :

Troubles auditifs : Oui Non

Si oui, préciser :

Conclusion:

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de CM2)

Date : ____/____/____ Nom de la Structure sanitaire :

Antécédents pathologiques:.....

Allergies :

Age : Poids : Taille : T° : TA : IMC :

Examen physique :

Abdomen :

Cœur :

Poumons :

Autres :

Comportement psycho-social de l'enfant :

Examen bucco-dentaire :

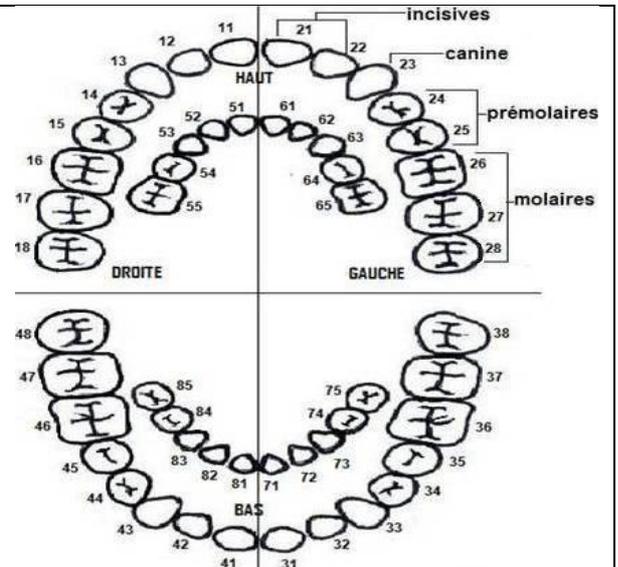
- Indiquer sur le schéma :

- X** = dent absente
- = dent à traiter
- = dent traitée
- ← = dent à extraire

-Hygiène dentaire: bonne mauvaise

-Anomalie du frein lingual : oui non

-Succion des doigts : oui non



Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit : Œil gauche :

Troubles auditifs : Oui Non

Si oui, préciser :

Conclusion:

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de 6^{ème})

Date : ____/____/____ Nom de la Structure sanitaire :

Antécédents pathologiques:.....

Allergies :

Age : Poids : Taille : T° : TA : IMC :

Examen physique :

Abdomen :

Cœur :

Poumons :

Autres :

Comportement psycho-social de l'enfant :

Examen bucco-dentaire :

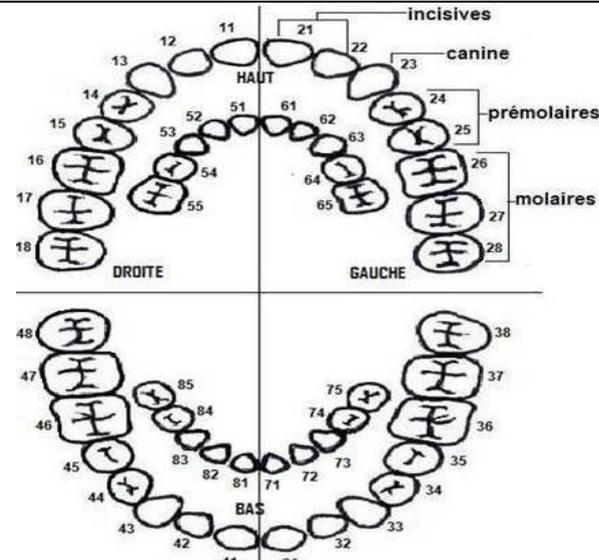
- Indiquer sur le schéma :

- X** = dent absente
- = dent à traiter
- = dent traitée
- ← = dent à extraire

-Hygiène dentaire: bonne mauvaise

-Anomalie du frein lingual : oui non

-Succion des doigts : oui non



Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit : Œil gauche :

Troubles auditifs : Oui Non

Si oui, préciser :

Conclusion:

Prescription:

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de 3^{ème})

Date : ____/____/____ Nom de la Structure sanitaire :

Antécédents pathologiques:.....

Allergies :

Age : Poids : Taille : T° : TA : IMC :

Examen physique :

Abdomen :

Cœur :

Poumons :

Autres :

Comportement psycho-social de l'enfant :

Examen bucco-dentaire :

- Indiquer sur le schéma :

- X** = dent absente
- = dent à traiter
- = dent traitée
- ← = dent à extraire

-Hygiène dentaire: bonne mauvaise

-Anomalie du frein lingual : oui non

-Succion des doigts : oui non

Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit :.....Œil gauche :.....

Troubles auditifs : Oui Non

Si oui, préciser :.....

Conclusion:.....

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Communication pour le Changement de Comportement (CCC) à l'intention des adolescents

THEMES

1- Santé de la reproduction/santé sexuelle

- Grossesses précoces, grossesses non désirées
- IST/VIH/Sida
- Violences sexuelles et sexistes
- Prévention du cancer du col

2- Prévention du paludisme

3- Prévention de la tuberculose

4- Hygiène corporelle et vestimentaire, alimentaire, bucco-dentaire, environnementale

5- Tabac/alcool/drogue

6- Secourisme

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT DE 15 MOIS A 5 ANS

AGE	ACQUISITIONS MOTRICES ET POSTURALES	PREHENSION	LANGAGE	RELATIONS SOCIALES et Divers
15 mois	Monte l'escalier à 4 pattes	Tourne les pages du livre en sautant plusieurs pages	Utilise un vocabulaire de 4 à 6 mots	Montre du doigt les objets demandés
18 mois	-Monte et descend les escaliers en tenant la rampe -Court jambes et bras écartés, avec chutes fréquentes	Aime faire des gribouillis	Sait désigner 2 ou 3 parties de son corps (nez, yeux, bouche...)	Peut être propre le jour, avec quelques accidents occasionnels
24 mois	Monte et descend l'escalier seul en posant les 2 pieds sur chaque marche	-A acquis une grande souplesse du poignet et dessine avec un crayon bien tenu (pince digitale) -Sait tourner la poignée d'une porte	Peut désigner 4 à 5 parties de son corps	Connaît 1 à 2 couleurs
2 ans et 1/2	-Saute à pieds joints -Peut jeter une balle en l'air -Peut tenir sur un pied	-Met ses chaussures -Tient correctement un crayon -Imite un trait vertical et horizontal	-Pose beaucoup de questions aux parents -Utilise le pronom "Je"	-Peut se nommer -Peut boire seul -Est propre la nuit -Porte un verre d'eau ou un objet fragile
3 ans	-Fait du tricycle -Monte les escaliers en alternant les pieds	-Peut s'habiller et se déshabiller -Dessine le trait -Dessine le rond	-Peut raconter les petites histoires à propos de ce qu'il a fait -Connait son sexe	-Peut prêter ses jouets (facilement) -Joue avec un autre enfant.
4 ans	-Sautille et fait des bonds -Descends les escaliers en alternant les pieds	-Peut boutonner entièrement ses vêtements -Attrape une balle -Dessine le carré	-Peut apprendre une chanson ou un poème -Connait toutes les couleurs	Participe au jeu collectif
5 ans	-Saute en alternant les pieds -Saute à la corde -Saute les obstacles	-Peut attacher les lacets de chaussures -Dessine le triangle -Reconnait sa droite de sa gauche	-Peut écrire son prénom -Demande le sens d'un mot	-Aide sa mère dans les travaux -Aime faire quelque chose pour elle -Participe aux jeux de compétition -Accepte les règles et les consignes

PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE)

I- PROMOTION DE LA CROISSANCE ET DU DEVELOPPEMENT

- 1) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant prend en charge le nouveau-né.
- 2) La mère allaite exclusivement le nourrisson jusqu'à l'âge de 6 mois.
- 3) La mère nourrit l'enfant à partir de l'âge de 6 mois avec les aliments de complément équilibrés, fraîchement préparés de façon hygiénique tout en continuant à l'allaiter jusqu'à 24 mois.
- 4) Tous les 6 mois, la mère, le père ou la personne à charge de l'enfant fait supplémenter le nourrisson et l'enfant de 6 à 59 mois en Vitamine A et en plus, les faits déparasiter à partir de 6 mois.
- 5) Les ménages consomment tous les jours du sel iodé dans leur alimentation.

II. PREVENTION DES MALADIES

- 6) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant fait vacciner complètement l'enfant avant l'âge de 1 an.
- 7) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant lave ses mains avec de l'eau propre et du savon et observe les bonnes pratiques d'hygiène du milieu : avant de préparer les repas des enfants, avant de nourrir les enfants, après la défécation, après avoir éliminé correctement les selles des enfants.
- 8) La femme enceinte et les enfants de 0-5 ans dorment toutes les nuits sous moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII).

III. PRISE EN CHARGE DES CAS A DOMICILE

- 9) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant donne à l'enfant le traitement adéquat à domicile : de la diarrhée, de la fièvre et du paludisme, des IRA.

IV. RECHERCHE DES SOINS DANS UN CENTRE DE SANTE

- 10) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant reconnaît les signes de danger/gravité afin de l'emmener à temps chez le prestataire qualifié au Centre de Santé pour recevoir les soins appropriés.
- 11) La femme enceinte se fait suivre en consultation prénatale recentrée (CPN+) et accouche sous la surveillance d'un personnel qualifié.
- 12) La mère et l'enfant se font suivre après l'accouchement par un personnel qualifié.