## OBSERVATIONS CLINIQUES

| Date | Age | Poids | Taille | PC | Examens cliniques |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## VACCINATIONS

| VACCIN | RENDEZ-VOUS DATE | VACCINATION EFFECTUEE LOT |
|---|---|---|
| BCG | | |
| POLIO<br>0<br>1<br>2<br>3 | | |
| DTCHepB/Hib<br>PENTA<br>1<br>2<br>3 | | |
| PNEUMO<br>1<br>2<br>3 | | |
| ROTA<br>1<br>2 | | |
| V.P.I | | |
| VAR<br>VAA<br>VITA<br>VAR2/RR | | |

## EXAMEN DE LABORATOIRE

| Date | Type d'examens | |
|---|---|---|
| | GROUPE SANGUIN | |
| | FACTEUR RH | |
| | TEST D'EMEL OU ELECTROPH/ HB | |
| | | |

REPUBLIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA SANTE DE LA FAMILLE

Direction Départementale de la Santé

# FICHE DE SURVEILLANCE DE L'ENFANT

Centre: ..... n° d'ordre : .....

Nom ..... sexe: .....

Prénoms: .....

Date et lieu de naissance .....

.....

Déroulement de grossesse (facteur de risque)

.....

Accouchement .....

Nom et prénoms du père: .....

Profession .....

Nom et prénoms de la mère: .....

Profession: .....

Adresse: .....

Nombre de frères et sœurs vivants: .....

Décédés: .....

LE LAIT MATERNEL EST
LE MEILLEUR ALIMENT
POUR VOTRE ENFANT
DONNEZ LE LUI
LE PLUS LONGTEMPS
POSSIBLE

| Date | Age | Poids en Kg |
| --- | --- | --- |
| | | |

# APPECIATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL DE L'ENFANT

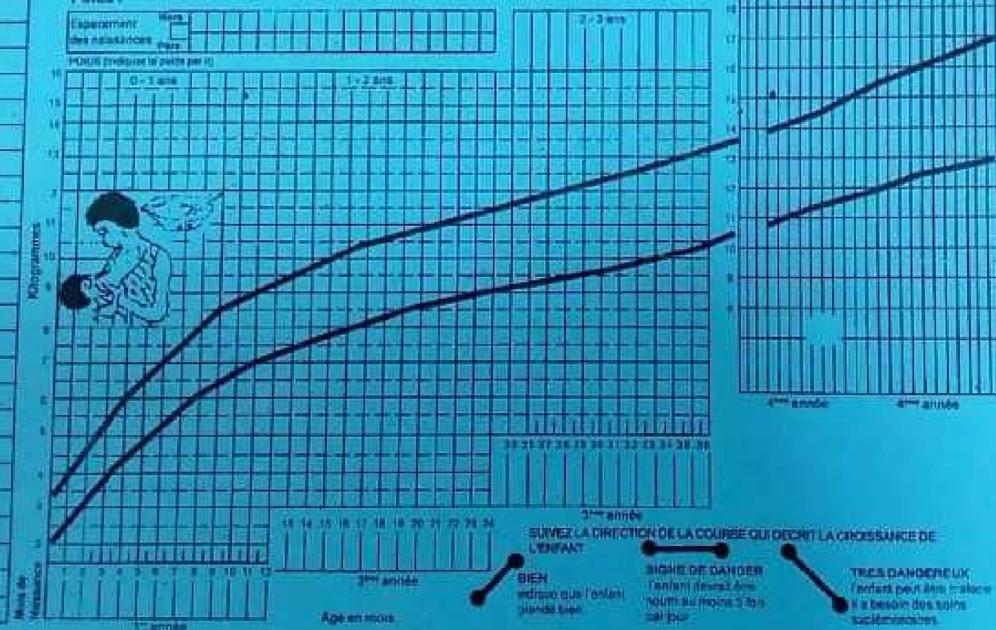
**Nom :** ........................................................................

**Prénoms :** ........................................................................

**Poids :**

Espacement des naissances: Mère / Père

POIDS (indiquez le poids par ici)




SUIVEZ LA DIRECTION DE LA COURBE QUI DECRIT LA CROISSANCE DE L'ENFANT

**BIEN** indique que l'enfant grandit bien

**SIGNE DE DANGER** l'enfant devrait être nourri au moins 5 fois par jour

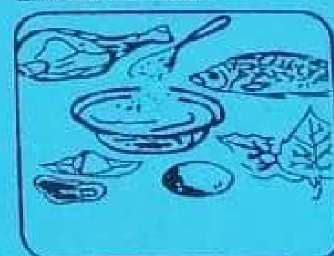
**TRES DANGEREUX** l'enfant peut être malade et a besoin des soins supplémentaires

## RAISONS JUSTIFIANT UNE SURVEILLANCE PARTICULIERE

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

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

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

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

## DIVERSIFIER L'ALIMENTATION A PARTIR DE 6 MOIS