



MINISTÈRE DE LA SANTÉ



CARNET DE SANTÉ MÈRE-ENFANT

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE :

..... N° :

STRUCTURE SANITAIRE :

DÉPARTEMENT SANITAIRE : VILLE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

..... N° :

PRENEZ SOIN DE CE CARNET

Gardez-le toujours à votre portée
Emmenez-le en voyage
Apportez-le à toute consultation médicale



Ce carnet est un moyen de liaison permettant de mieux suivre :

- Le déroulement de la grossesse ;
- Le déroulement de l'accouchement et des suites de couches ;
- L'état du nouveau-né ;
- L'état de santé de l'enfant jusqu'à 19 ans.

En cas de perte, il doit être rendu à l'adresse suivante:
Numéros de téléphone des parents

En cas d'urgence, appelez le SAMU ou le SMUR

TABLE DES MATIÈRES

Conseils importants	1
Bon à savoir	4
Renseignements utiles	8
Calendrier de rendez-vous	12
Courbe de croissance fœtale	14
Surveillance pondérale	15
Suivi de la grossesse	16
Accouchement.....	26
État du nouveau-né	27
Période néonatale	32
Conseils pour les parents.....	34
Vaccinations	40
Résumé de l'alimentation jusqu'à l'âge de 12 mois.....	49
développement psychomoteur de 0 à 30 mois	50
Courbes de croissance des garçons.....	54
Courbes de croissance des filles	66
Surveillance médicale.....	78
Comptes rendus d'hospitalisation.....	95
Maladies épidémiques et contagieuses	100
Transfusions sanguines	101
Recommandations médicales particulières	102

CONSEILS IMPORTANTS

**FAIRE SUIVRE VOTRE GROSSESSE,
C'EST PROTÉGER VOTRE SANTÉ ET VOTRE ENFANT**



POUR UNE GROSSESSE EN TOUTE SÉCURITÉ

Il est conseillé de :

effectuer **LE BILAN PRÉNATAL** et au moins huit CPN/contacts :

Contact 1	Jusqu'à 12 Semaines d' Aménorrhée (SA)	Contact 5	34 SA
Contact 2	20 SA	Contact 6	36 SA
Contact 3	26 SA ;	Contact 7	38 SA
Contact 4	30 SA	Contact 8	40 SA
Revenir à 41 SA si l' enfant n' est pas encore né.			

- respecter les dates de RDV même si vous êtes en bonne santé ;
- renforcer la surveillance de votre grossesse et de réaliser des examens complémentaires, si vous êtes très jeune ou relativement âgée, ou si vous avez déjà eu des grossesses nombreuses ou compliquées, des accouchements prématurés ou difficiles ;
- apporter tous les documents médicaux vous concernant pour la visite ;
- signaler toute situation anormale : fièvre, maladie, accident, prise de médicaments ou plantes traditionnelles, violences ;

- vous faire accompagner par votre partenaire à chaque visite pendant la grossesse, l'accouchement et lorsque votre enfant a un problème de santé ;
- vous faire aider par votre partenaire ou votre entourage afin d'éviter de vous fatiguer, surtout dans les derniers mois de la grossesse ;
- faire la préparation mentale, physique et financière de l'accouchement ;
- porter des vêtements amples et des chaussures basses ;
- faire un peu d'exercice, tel qu'une promenade quotidienne à pied ;
- remettre à plus tard les gros efforts, les voyages fatigants qui peuvent être dangereux ;
- éviter les écarts de régime, l'alcool, la cigarette car ils sont nocifs pour votre enfant ;
- ne pas prendre de médicaments sans l'avis de votre agent de santé, même ceux dont vous avez peut-être l'habitude.

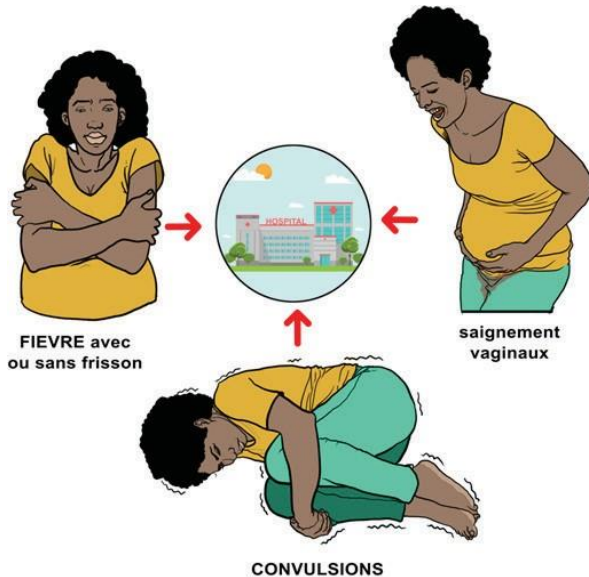


Enlever la sucette au bébé de cette image

SIGNES DE DANGER PENDANT LA GROSSESSE

Si vous constatez l'un des signes suivants au cours de la grossesse, rendez-vous vite à la structure sanitaire la plus proche :

- saignements vaginaux ;
- pertes avec du sang ;
- absence des mouvements actifs fœtaux ;
- respiration difficile ;
- fièvre avec ou sans frissons ;
- douleurs abdominales ou pelviennes graves ;
- violents maux de tête/ vision trouble / vertiges/ bourdonnements d'oreille ;
- gonflement des doigts, du visage et des jambes ;
- convulsions/ pertes de connaissance ;
- douleurs au dos et au fond de l'utérus avant 8 mois ;
- écoulement des eaux.



Améliorer les images pour la convulsion , changer saignement vaginal en douleurs pelviennes , trouver une image pour les saignements vaginaux

BON À SAVOIR

1. ANÉMIE E

C'est un manque de sang. Pendant la grossesse, les besoins en fer augmentent, la femme enceinte a tendance à être anémiée. L'anémie peut entraîner la mort de la femme pendant la grossesse, l'accouchement ou après l'accouchement, une prématurité ou un enfant avec un faible poids.

Pour éviter l'anémie, il faut manger des aliments riches en fer et prendre des médicaments prescrits par l'agent de santé pendant la grossesse et même après l'accouchement.

2. PALUDISME

Le paludisme provoque l'anémie, l'avortement, l'accouchement prématuré et le faible poids de naissance.

La femme enceinte doit lutter contre le paludisme par les mesures préventives suivantes :

- Prendre 6 doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) pendant la grossesse ;
- Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'efficacité.
- Assainir l'environnement de vie.



3. VIH/SIDA

Le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant :

- Pendant la grossesse ;
- Au cours du travail et de l'accouchement ;
- Au moment de l'allaitement.

La Prévention de la Transmission Mère-Enfant (P.T.M.E) est une stratégie qui consiste à éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant.



La femme enceinte doit faire le dépistage pour protéger son bébé contre le VIH. Le test de **dépistage est gratuit** pour la femme enceinte dans toutes les structures sanitaires publiques.

La protection du futur bébé commence par le dépistage du VIH chez la femme enceinte.

4. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Les IST peuvent être transmises pendant la grossesse. Si la femme enceinte ne se fait pas traiter, son bébé peut être contaminé. Les IST peuvent aussi causer d'autres complications comme la stérilité et l'avortement. Donc, il est important de faire le dépistage des IST avec votre partenaire avant l'accouchement

5. SIGNES D'ACCOUCHEMENT

Si vous constatez les signes suivants :

- douleurs régulières au ventre et au dos ;
- glaire striée de sang (bouchon muqueux) ;
- écoulement des eaux ;

Préparez-vous à aller à la maternité.



6. ALLAITEMENT

- Le lait de la mère est le meilleur, il est parfaitement adapté aux besoins de l'enfant et il protège contre les infections.

Allaiter est un acte naturel qui crée entre la mère et son enfant des liens affectifs privilégiés.

Changer la couleur des cheveux



7. VISITE POST-NATALE

C'est la consultation qui permet de suivre la santé de la femme après l'accouchement. Elle permet d'examiner en même temps le bébé. Quatre (4) contacts sont recommandés :

Contact 1	1 ^{er} jour
Contact 2	3 ^{ème} jour
Contact 3	entre le 7 ^{ème} et le 14 ^{ème} jour
Contact 4	6 ^{ème} semaine

8. SIGNES DE DANGER APRÈS L'ACCOUCHEMENT

- Fièvre ;
- Douleurs abdominales sévères ;
- Saignement abondant; représenter les saignements du post partum
- Maux de tête ;
- Convulsion ;
- Changement d'humeur (tristesse)

9. VACCINATION

Tous les vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV) sont gratuits chez la femme enceinte et l'enfant de 0 à 11 mois.

Faites vacciner votre enfant dans la structure sanitaire la plus proche de chez vous.



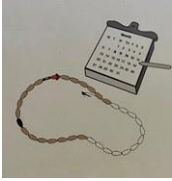



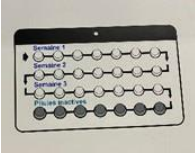



10. PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

C'est un droit de la personne. Vous pouvez décider de la période à laquelle vous ferez le prochain bébé. « Je suis mère quand je décide de l'être. »

Pour protéger la santé de la femme, éviter :

- la grossesse précoce (moins de 18 ans) ;
- la grossesse tardive (plus de 40 ans) ;
- les grossesses rapprochées (intervalle de moins d'un an après l'accouchement) ;
- les grossesses multiples (plus de 5 accouchements).

Quelques méthodes de PF :

Calendrier	Allaitement Exclusif et aménorrhée	Préservatif masculin	Préservatif féminin
			
Pilule	Injectable	Implants	D.I.U
			

Remettre l'image de l'implant

Note de bas de page

MESSAGE AU PÈRE

Papa consultez le carnet de santé et accompagnez votre femme à la visite, cela lui fera plaisir et le bébé sentira également ses émotions de bonheur. Mettre de petites bulles chez le frère et la sœur

Soyez présent à chaque étape de l'évolution de la grossesse et surtout à la naissance jusqu'à ce que votre futur enfant devienne un adulte responsable. Votre soutien durant cette période est indispensable pour le bien-être de la



mère et celui de votre enfant.

RENSEIGNEMENTS UTILES

RENSEIGNEMENTS SUR LA MÈRE

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse (Tel) : Quartier :

Profession :

Lieu de travail :

Nom et prénom des parents pour les mineurs:

Adresse (Tel) :

Les identités mère et père doivent être placés après la table des matières

MORPHOLOGIE DE LA MERE

Taille:cm Poids habituel..... kg Pointure

Particularités morphologiques:

ÉTAT DE SANTÉ DE LA MERE

SATISFAISANT ou PERTURBÉ

Par :

	Oui	Non		Oui	Non
Hypertension artérielle			Prise habituelle des médicaments		
Néphropathie			Intolérance aux médicaments		

Pneumopathie			Accidents anesthésiques		
Autre état pathologique			Allergie		
Cardiopathie			Alcool		
Diabète			Tabac/ Drogues		

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX ET GYNÉCOLOGIQUES

Nombre de grossesses : Nombre d'accouchements prématurés :

Enfants actuellement vivants : Antécédents de stérilité :

Nombre d'avortements : Autres pathologies gynécologiques :

Nombre d'enfants décédés : Antécédents chirurgicaux :

Age du dernier enfant :

Rang des grossesses	Année	Avortement	Prématurité	A terme	Poids de naissance	Sexe	Incidents	Vivant	Mort-né	MORTALITÉ		
										1 ^{ère} semaine	1 ^{er} mois	Après 1 ^{er} mois
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

MALADIES FAMILIALES CHEZ LA MERE

Incompatibilité Rhésus : Potentielle ou Acquise

Maladies génétiques – Autres maladies transmissibles :

Prédispositions familiales :

RENSEIGNEMENTS SUR LE PÈRE

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse (Tel) : Quartier :

Profession :

Lieu de travail :

Nom et prénom des parents pour les mineurs :

.....

Adresse (Tel) :

Autres renseignements nécessaires :

.....

EXAMENS BIOLOGIQUES SUR LE PÈRE

Groupe sanguin Rhésus :

Électrophorèse de l'hémoglobine :

Sérologie de la syphilis :

Sérologie des hépatites virales B et C :

.....

Sérologie rétro virale HIV faite le :

Autres examens :

.....

DÉCLARATION DE GROSSESSE

Date : le

Par (nom, qualification de l'agent, adresse ou cachet) :

.....

DATE DU DÉBUT DES DERNIÈRES RÈGLES :

DATE DU DÉBUT DE LA GROSSESSE :

DATE PRÉVUE D'ACCOUCHEMENT :

ÉCHOGRAPHIE					
du 1^{er} trimestre					
Date	Age gestationnel	Age échographique	Localisation du placenta	Quantité de liquide amniotique	Anomalies

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE LA MÈRE

NFS :

Groupe sanguin Rhésus :

Électrophorèse de l'hémoglobine :

Glycémie :

Sérologie de la syphilis :

Sérologie des hépatites virales B et C :

Sérologie rétro virale HIV faite le :

Toxoplasmose :

Rubéole :

Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) :

Autres examens :

.....

CALENDRIER DE RENDEZ-VOUS

Premier Trimestre
Contact 1 : jusqu'à 12 semaines Prochain rendez-vous (RDV) le :
Deuxième Trimestre
Contact 2 : 20 semaines RDV le :
Contact 3 : 26 semaines RDV le :
Troisième Trimestre
Contact 4 : 30 semaines RDV le :
Contact 5 : 34 semaines RDV le :
Contact 6 : 36 semaines RDV le :
Contact 7 : 38 semaines RDV le :
Contact 8 : 40 semaines RDV le :

TABLEAU DU CALENDRIER VACCINAL DU VdT

Date de vaccination	Périodicité	Durée de protection	Date de rendez-vous
VdT 1* : / /	Dès le premier contact	Aucune	
VdT 2 : / /	1 mois après VdT 1	3 ans	/ /
VdT 3 : / /	6 mois après VdT 2	5 ans	/ /
VdT 4 : / /	1 an après VdT 3	10 ans	/ /
VdT 5 : / /	1 an après VdT 4	A vie	

VdT = Vaccin Diphtérie Tétanos

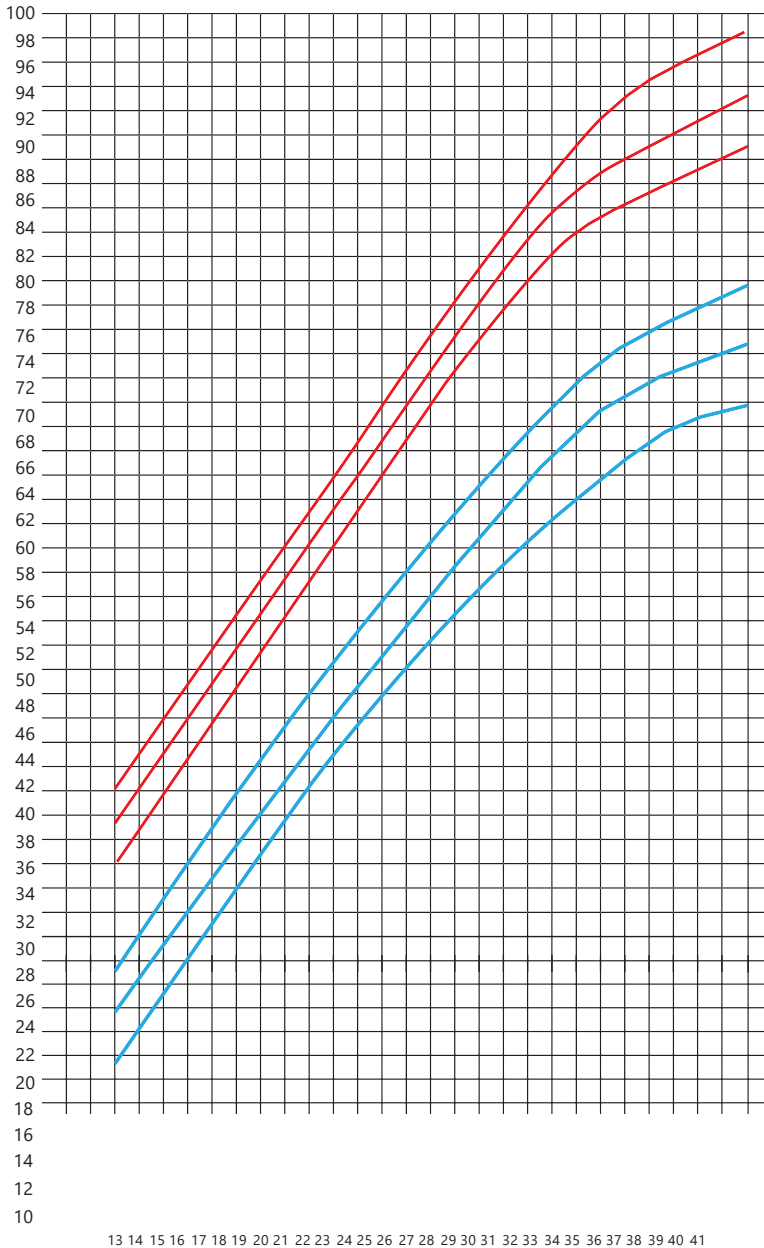


PROPHYLAXIE DU PALUDISME

A débiter entre la 13^e et la 16^e SA si
Mouvements Actifs Fœtaux perçus

	Date de prise	Semaine d'aménorrhée
TPI 1	/ /	SA
TPI 2	/ /	SA
TPI 3	/ /	SA
TPI 4	/ /	SA
TPI 5	/ /	SA
TPI 6	/ /	SA

COURBE DE CROISSANCE FŒTALE



Semaines révolues

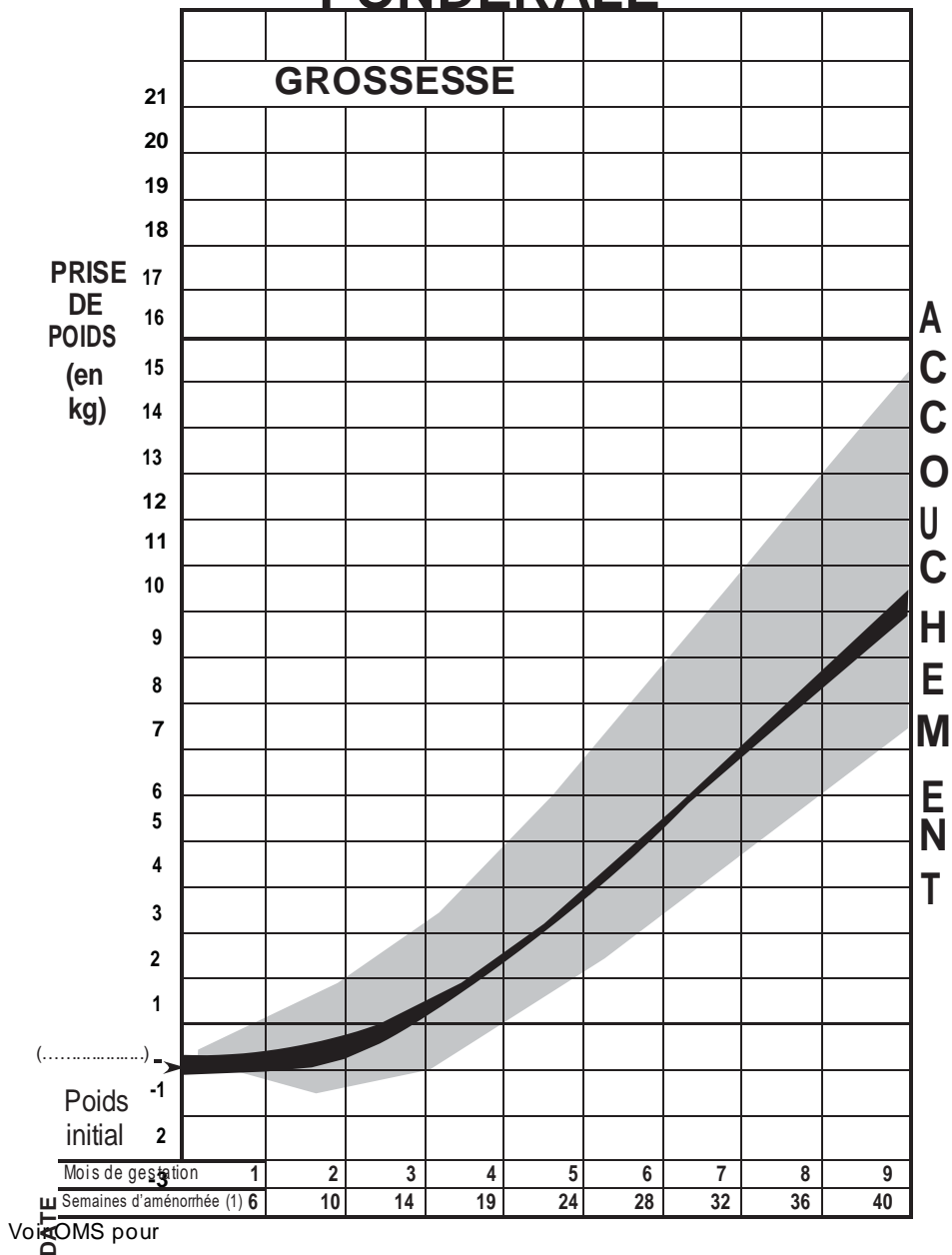
**Diamètre
bipariétal**
**Longueur
fémorale**



Courbes de croissance fœtale population gabonaise, NGOU MVE NGOU (Thèse n° 86, 1986)

Revenir avec les professionnels de la gynéco

SURVEILLANCE PONDÉRALE



SUIVI DE LA GROSSESSE

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	Paramètres	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS			EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher vaginal - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids T.A / FC* T* S: A: Acétone						
Expliquer les abréviations	ÉCHOGRAPHIE						
	Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalies Voir avec les échographistes Pour insérer le poids du fœtus	

SUIVI DE LA

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	Paramètres	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS		EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids T.A / S: A: Acétone					
ÉCHOGRAPHIE						
	Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalie

SUIVI DE LA

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	POIDS T.A URINE	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS			EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids T.A / S: A: Acétone						
ÉCHOGRAPHIE							
	Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalie	

SUIVI DE LA

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	POIDS T.A URINE	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS		EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids					
	T.A /					
	S:					
	A:					
	Acétone					
ÉCHOGRAPHIE						
	Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalie

SUIVI DE LA

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	POIDS T.A URINE	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS			EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids T.A / S: A: Acétone						
ÉCHOGRAPHIE							
Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalie		

SUIVI DE LA

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	POIDS T.A URINE	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS		EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids					
	T.A /					
	S:					
	A:					
	Acétone					
ÉCHOGRAPHIE						
	Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalie

SUIVI DE LA

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	POIDS T.A URINE	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS			EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids T.A / S: A: Acétone						
ÉCHOGRAPHIE							
	Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalie	

SUIVI DE LA

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	POIDS T.A URINE	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS		EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids					
	T.A /					
	S:					
	A:					
	Acétone					
ÉCHOGRAPHIE						
	Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalie

SUIVI DE LA

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	POIDS T.A URINE	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS			EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids T.A / S: A: Acétone						
ÉCHOGRAPHIE							
	Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalie	

SUIVI DE LA

DATE EXAMEN TERME EXAMINATEUR (Nom-Qualité-Lieu)	POIDS T.A URINE	ÉVOLUTION DEPUIS LE PRÉCÉDENT EXAMEN, ANOMALIES SIGNALÉES, HOSPITALISATION, INTERVENTION, RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS		EXAMEN OBSTÉTRICAL Dans l'ordre : Utérus - Foetus Spéculum - Toucher - Bassin		REMARQUES ET PRESCRIPTIONS RÉSUMÉES
Examen le : Au terme de : Par : Cachet :	Poids					
	T.A /					
	S:					
	A:					
	Acétone					
ÉCHOGRAPHIE						
	Date	Age gestationnel	Localisation du Placenta	Quantité de liquide amniotique	Présentation	Anomalie

ACCOUCHEMENT

Date et lieu de naissance :

Nom de la mère :

Accouchement : maternité domicile Si oui par qui ?

Autres

A la suite d'une grossesse : Normale ou Compliquée

Terme :

TRAVAIL

Durée approximative :

Rupture des membranes depuis

Particularités du liquide amniotique :

NAISSANCE

Heure :

Présentation:

Naturelle ou assistée par :

- Ventouse - Forceps ou spatule

- Autres manœuvres par voie basse

- Péridurale

Césarienne :

- Anesthésie générale

- Rachianesthésie

Heure de la 1^{ère} mise au sein

.....

En cas d'accouchement multiple

Heure :

Délai écoulé depuis l'accouchement

du 1^{er} :

Rupture de la 2^e poche des eaux :

Présentation.....

Modalités.....

DÉLIVRANCE

Naturelle : Artificielle GATPA* Remarques :

Signature/Cachet du Médecin ou de la Sage-femme

Cachet de la maternité

ÉTAT DU NOUVEAU-NÉ

Nom et Prénoms :

A LA NAISSANCE

Sexe : APGAR : à 1 mn : à 5 mn :

Poids : Taille : P.C : P.T :

INCIDENTS :

L'enfant a-t-il crié tout de suite ?

Était-il cyanosé ?

A-t-il fallu le réanimer ?

si oui préciser les modalités et la durée de la réanimation éventuelle :

.....

Autres renseignements :

PREMIERS JOURS

Normaux ou compliqués par :

Anomalies congénitales Transfert éventuel

EXAMEN DE SANTÉ

Effectué le : Par :

Remarques et consignes éventuelles :
.....

Traitement éventuel :

.....

ALIMENTATION : Maternelle Artificiel Mixte

DATE DE SORTIE OU TRANSFERT :

GRUPE SANGUIN :

Le groupe sanguin est donné sous réserve à cet âge et le résultat ne peut être considéré comme défini.

SUITE DE COUCHES

Normal ou compliqué par

Date de sortie :

CONSULTATIONS POSTNATALES

DATE EXAMEN PÉRIODE EXAMINATEUR (Nom-Qualité- Lieu)	POIDS T.A URINE T°	Évolution depuis l'accouchement	Examen général, gynécologique et obstétrical	Remarques et prescriptions résumées
<p>Examen le :</p> <p>CPON :</p> <p>Par :</p> <p>Cachet :</p>	<p>Poids</p> <p>T.A /</p> <p>Poul :</p> <p>T°</p>			

CONSULTATIONS

DATE EXAMEN PÉRIODE EXAMINATEUR (Nom-Qualité- Lieu)	POIDS T.A URINE T°	Évolution depuis l'accouchement	Examen général, gynécologique et obstétrical	Remarques et prescriptions résumées
<p>Examen le :</p> <p>CPON :</p> <p>Par :</p> <p>Cachet :</p>	<p>Poids</p> <p>T.A /</p> <p>Poul :</p> <p>T°</p>			

PÉRIODE NÉONATALE

Période néonatale de la naissance à 28 jours



PREMIÈRE SEMAINE DE VIE

Durant la première semaine, l'enfant doit s'adapter à de nouvelles conditions de vie. Cette adaptation à la vie extra-utérine doit être surveillée par le personnel compétent de la maternité. Vers la fin de la première semaine de vie, à la sortie de la maternité, un agent de santé qualifié, si possible un pédiatre, doit effectuer un examen approfondi de l'enfant en insistant sur le tableau ci-après. Les enfants nés à domicile doivent être conduits à la structure médicale de référence la plus proche pour y subir cet examen avant le 10^e jour. Ce sera l'occasion aussi pour la mère de bénéficier d'une consultation post-natale.

EXAMEN DE SORTIE

	Oui	Non		Oui	Non
Ictère			Etat oculaire normal		
Dyspnée			Réflexe photomoteur		
Cyanose			Hanche normale		
Souffle cardiaque			Fosses lombaires libres		
Fémorales perçues			Organes génitaux normaux		
Foie augmenté de volume			Dépistage de maladies		
Hernie			Particularités		
Orifice anal perméable					
Tonus axial normal					
Motilité normale					
Vigilance normale					
Réaction au stimulus sonore					
			Alimentation :		
			maternelle	<input type="checkbox"/>	
			mixte	<input type="checkbox"/>	
			artificielle	<input type="checkbox"/>	

Sortie de maternité le Poids de sortie.....g (gramme)

Examen pratiqué par : (qualification de l'agent)

A

Signature et cachet :

CONSEILS POUR LES PARENTS

CONSEILS D'ALIMENTATION

ALLAITEMENT

Le lait maternel est le meilleur aliment et la meilleure boisson, nourrissez votre bébé uniquement au sein jusqu'à ce qu'il ait 6 mois.

Allaiter le aussi souvent qu'il le demande jour et nuit, au moins 8 fois par 24 heures. Le lait maternel étanche la soif de votre bébé et suffit à le rassasier.





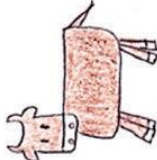































A partir de 6 mois, le lait seul ne suffit plus.

Il faut ajouter d'autres aliments et des liquides, tout en continuant à allaiter votre enfant si possible jusqu'à l'âge de 2 ans.






COMMENT PREPARER LE REPAS DU JEUNE ENFANT

On prend des aliments de chaque groupe pour faire un plat familial équilibré.

3 groupes aliments

Les aliments de croissance	Les aliments de protection	Les aliments énergétiques
<p>Protéines animales</p> <p>Poisson frais / fumé / salé</p> 	<p>Légumes</p> <p>Feuilles vertes</p> 	<p>Céréales</p> <p>Banane plantain</p> 
<p>Viandes</p>    	<p>Chou</p>  <p>Aubergine violette</p>  <p>Gombo</p>  <p>Aubergine africaine</p> 	<p>Tubercules</p> <p>Igname</p>  <p>Patate</p>  <p>Tubercules</p>  <p>Taro</p> 
<p>Oeufs</p>  <p>Lait</p>  <p>Yaourt</p>  <p>Chenille</p> 	<p>Fruits</p> <p>Mangue</p>  <p>Atanga</p>  <p>Papaye</p>  <p>Ananas</p> 	<p>Sucres et aliments gras</p> <p>Huile</p>  <p>Margarine</p>  <p>Miel</p>  <p>Sucres</p>  <p>Noix de palme</p> 
<p>Protéines végétales</p> <p>Haricots rouges</p>  <p>Arachides</p>  <p>Soja</p> 	<p>Citron</p>  <p>Orange</p>  <p>Banane</p>  <p>Avocat</p>  <p>pamplemousse</p>  <p>etc.</p>	<p>Mais, évitez de manger trop gras.</p>

RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION (POUR L'ENFANT MALADE ET L'ENFANT EN BONNE SANTÉ)

<p>De 0 à 6 mois</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Allaiter à la demande, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures. • Ne pas donner d'autres aliments ou liquides
<p>De 6 à 9 mois</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Allaiter à la demande, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures. En plus : • Donner 2 bouillies semi liquides de céréale enrichies soit au lait, à l'huile, à l'œuf, à la pâte d'arachide, ou bien d'autres aliments tel l'igname sous forme de pâte enrichie à l'huile . • Donner 1 repas de famille sans épices • Donner 2 goûters (yaourt, œuf dur, galette, beignet, fruit de saison écrasé, etc.) • Donner de l'eau
<p>9 à 12 mois</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Allaiter à la demande, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures. En plus : • Donner 2 bouillies semi liquides de céréale enrichies soit au lait, à l'huile, à l'œuf, à la pâte d'arachide, ou bien d'autres aliments tel l'igname sous forme de pâte enrichie à l'huile. • Donner 2 repas de famille écrasés (midi et soir) • Donner 2 goûters (yaourt, œuf dur, galette, beignet, fruit de saison écrasé, etc.) • A partir de 8 mois donner des petits morceaux • 8 à 12 mois proposez des aliments hachés finement ou que
<p>De 12 à 24 mois</p> 	<p>En plus de l'allaitement :</p> <p>Donner 2 bouillies de céréales enrichies au lait, à l'huile, à l'œuf, à la pâte d'arachide, ou bien d'autres aliments (igname) enrichis.</p> <p>Donner 2 repas de famille sans épice</p> <p>Donner 2 goûters (yaourt, œuf dur, galette, fruit de saison écrasé, etc</p>
<p>Plus de 24 mois</p> 	<p>Donner en plus 2 repas de famille sans épices.</p> <p>Donner 2 goûters (yaourt, œuf dur, galette, fruit de saison, etc.) .</p>



1. HYGIÈNE



Contre les microbes, habituez votre enfant à se laver les mains à l'eau et au savon surtout avant de manger et après les toilettes. Evacuer les selles des jeunes enfants dans les latrines ou les WC.

Mieux vaut prévenir que guérir.

2. LE BROSSAGE DES DENTS

Commencer le brossage des dents de votre enfant dès la première dent avec la couche carrée, un linge propre ou des compresses, ensuite par une brosse à dent adaptée à l'âge.

Il faut que votre enfant prenne l'habitude de brosser ses dents après avoir mangé et avant de dormir.

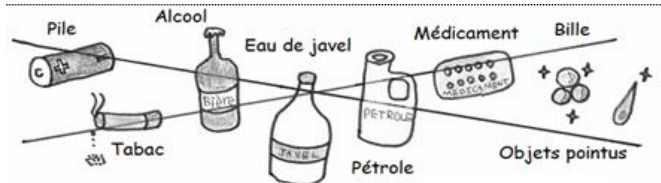


3. ACCIDENT DOMESTIQUE

Pour protéger votre enfant contre l'accident domestique :

- ne le laissez pas près du feu ;
- il faut lui faire porter ses chaussures ;
- gardez les médicaments et les produits de ménage dans un endroit inaccessible;
- ne laissez rien à sa portée qu'il puisse mettre dans sa bouche, ses narines ou ses oreilles (les arachides, les billes, les perles, les raticides).

Il faut surveiller l'enfant contre les dangers de toutes sortes.



4. SIGNES DE DANGER CHEZ L'ENFANT

Si votre enfant présente l'un des signes suivants, amenez le vite au centre de santé le plus proche.

- Incapacité de téter
- Respiration difficile
- Convulsions
- Fièvre
- Diarrhée
- Yeux et peau jaunes
- Vomissements
- Cordon ou nombril purulent, rouge ou gonflé
- Saignement du cordon.



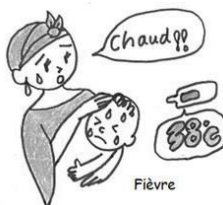
Incapable de téter



Respiration difficile



Convulsions



Fièvre



Vomissement

↓

↙

CONSULTER



5. LE PALUDISME

Le paludisme menace la santé de votre enfant, faites-le, dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides à longue durée d'efficacité et nettoyer autour de votre maison.



6. DIARRHÉE

Elle peut tuer votre enfant à cause de la grande quantité d'eau qu'il perd par les selles : commencez le traitement à domicile puis conduisez-le à l'hôpital.



Traitement à domicile

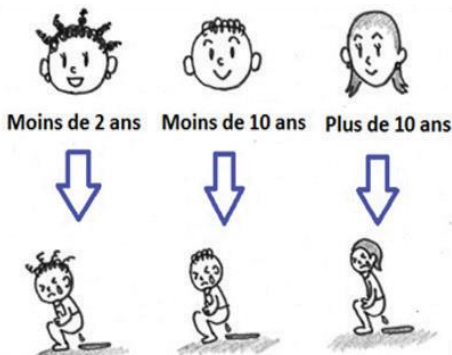
Eau salée sucré



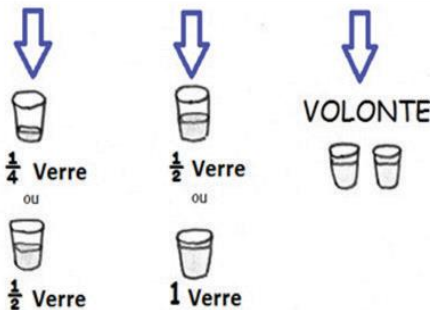
Solution de Réhydratation Orale (SRO)



Posologie



Après chaque selle, il faut lui donner l'eau.

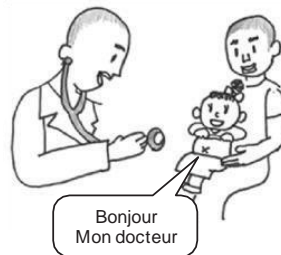


7. DREPANOCYTOSE

C'est une maladie héréditaire du sang.

Lorsque votre enfant est drépanocytaire, il faut le faire suivre par le même médecin ou dans un service de pédiatrie.

Même sans signe particulier d'alerte l'enfant doit bénéficier d'un examen médical de contrôle régulier.



VACCINATIONS

C'est un moyen de prévention contre certaines maladies, faites vacciner votre enfant à temps et n'oubliez pas les rappels.

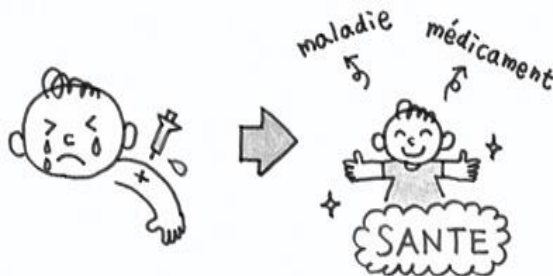
Tous les vaccins du PEV (Programme Elargi de Vaccination) sont gratuits de 0 à 11 mois.



Schéma du calendrier de vaccination chez l'enfant

AGE	VACCINS	MALADIES CIBLÉES	PEV
Naissance	BCG	Tuberculose	PEV
	POLIO ORAL	Poliomyélite	Hors PEV
	Hépatite B	Hépatite	Hors PEV
6 semaines	PENTAVALENT 1 et POLIO1	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B, infections à Haemophilus influenzae B Poliomyélite	PEV
	Vaccin anti-Pneumocoque-13 sérotypes conjugués 1 ^{ère} dose	Méningites et pneumonies dues au pneumocoque	Hors PEV
	Vaccin anti rotavirus 1 ^{ère} dose	Diarrhées aiguës dues au rotavirus	Hors PEV
10 semaines	PENTAVALENT 2 Et POLIO 2	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B infections à Haemophilus influenzae B Poliomyélite	PEV
14 semaines	PENTAVALENT 3 Et POLIO 3 Polio injectable 1 ^{ère} dose	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B infections à Haemophilus influenzae B Poliomyélite	PEV
	Vaccin anti-Pneumocoque-13 sérotypes conjugués 2 ^e dose	Méningites et pneumonies dues au pneumocoque	HORS PEV

AGE	VACCINS	MALADIES CIBLÉES	PEV
6 mois	Vaccin anti rotavirus 2 ^e dose	Diarrhées aiguës dues au rotavirus	Hors PEV
9 mois	Vaccin anti rougeoleux	Rougeole	PEV
	Vaccin anti amarile	Fievre jaune	PEV
12 mois	Vaccin anti-Pneumocoque 13 sérotypes conjugués Rappel	Méningites et pneumonies dues au pneumocoque	Hors PEV
15-18 mois	PENTAVALENT et POLIO 1 ^{er} Rappel	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B infections à Haemophilus influenzae B Poliomyélite	Hors PEV
	R.O.R 1 ^{ere} dose	Vaccin associé Rougeole-Oreillons-Rubéole	Hors PEV
24 mois	Vaccin Anti typhoïde	Fievre typhoïde	Hors PEV
	Vaccin anti-Pneumocoque-23 sérotypes non conjugués	Méningites et pneumonies dues au pneumocoque	Hors PEV
3-5 ans	R.O.R 2 ^{eme} dose	Vaccin associé Rougeole-Oreillons-Rubéole	Hors PEV



BCG

Date	Nature du vaccin et dose	Nom et signature du vaccinateur et cachet

Réactions tuberculiques

Date	Méthode employée (timbre - intradermo)	Résultat

ROUGEOLE

Date	Nature du vaccin et dose	Nom et signature du vaccinateur et cachet

FIÈVRE JAUNE

Date	Nature du vaccin et dose	Nom et signature du vaccinateur et cachet

PENTAVALENT ET POLIOMYÉLITE

Vaccination contre
Diphthérie – Tétanos – Coqueluche – Hépatite B – Certaines Méningites et Pneumonies

Vaccins	Date	Nature du vaccin, dose et N° du lot	Nom et signature du vaccinateur et cachet
Naissance (Polio orale)			
Pentavalent 1			
Polio 1			
Pentavalent 2			
Polio 2			
Pentavalent 3			
Polio 3			
<u>Rappels</u>			

N.B : Pentavalent :

1^{er} rappel : 1 an après la 3^{eme} administration

2^e rappel : 5 ans après le 1^{er} rappel.

Vitamine A

La vitamine A se donne par voie orale à partir de 6 mois.

Dose	Age	Date	Dose	Age	Date
100.000 UI	6 mois		200.000 UI	36 mois	
200.000 UI	12 mois		200.000 UI	42 mois	
200.000 UI	18 mois		200.000 UI	48 mois	
200.000 UI	24 mois		200.000 UI	54 mois	
200.000 UI	30 mois		200.000 UI	60 mois	

Autres vaccinations

Date	Nature du vaccin, dose et N° du lot	Nom et signature du vaccinateur et cachet

INJECTIONS DE SÉRUMS

(ANTITÉTANIQUE, ANTIRABIQUE, ANTIVENIMEUX, ETC....
ET DE GAMMA-GLOBULINES)

Date	Nature, fabricant, date de fabrication et de péremption , N° du lot	Dose et voie d'administration	Observations

CROISSANCE DE 0 A 12



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Alimentation / Observations



CROISSANCE DE 0 A 12

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Alimentation / Observations

CROISSANCE DE 0 A 12



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Alimentation / Observations

Résumé de l'alimentation jusqu'à l'âge de 12 mois

Allaitement maternel exclusif (Sein) _____ jusqu'à _____

Alimentation mixte _____

Alimentation artificielle _____

Alimentation complémentaire _____



Sevrage total :

Observations :



Observations particulières faites de 0 à 12 mois Développement psychomoteur

Réflexes archaïques (à 2 mois, ils doivent tous avoir disparu)

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



Premiers sourires gazouillement (à 2 mois)

.....

Maintien de la tête (2-3 mois)



Station assise (8-9 mois)



Premières dents (6-8 mois)

Station debout (9 mois)

.....

Fermeture fontanelle (se fait entre 9 et 18 mois).



Fermeture fontanelle
se fait entre 9 - 18 mois

Premiers pas (à 12 mois)

Premiers mots (9 mois)

Premières phrases (30 mois)

.....



Premiers mots
entre 9 - 11 mois

CROISSAN



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Alimentation / Observations



CROISSAN

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Alimentation / Observations

CROISSAN

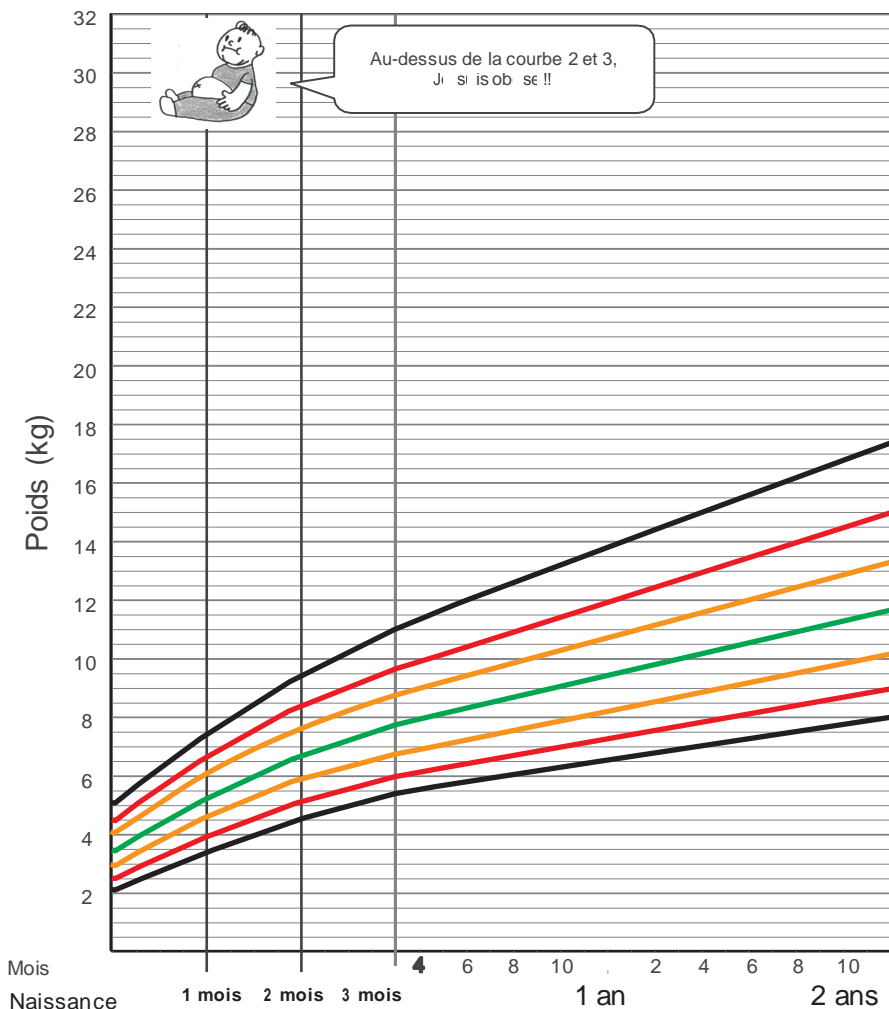


Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Alimentation / Observations

Poids-pour-âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

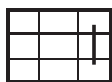
Courbes de croissance des



Age (semaines)

Age

La courbe appelée « 0 » est la moyenne.



BON !!



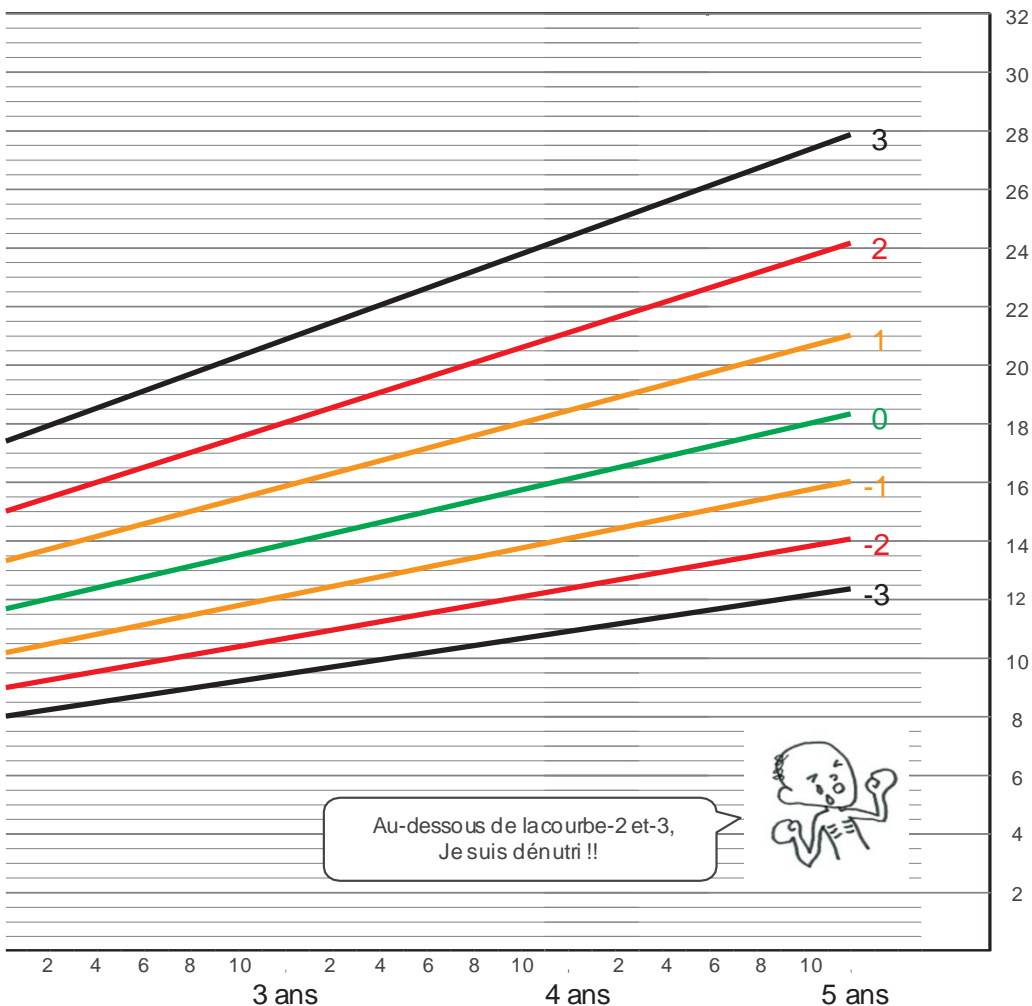
DANGER



GRAVE !!



Organisation mondiale de la Santé

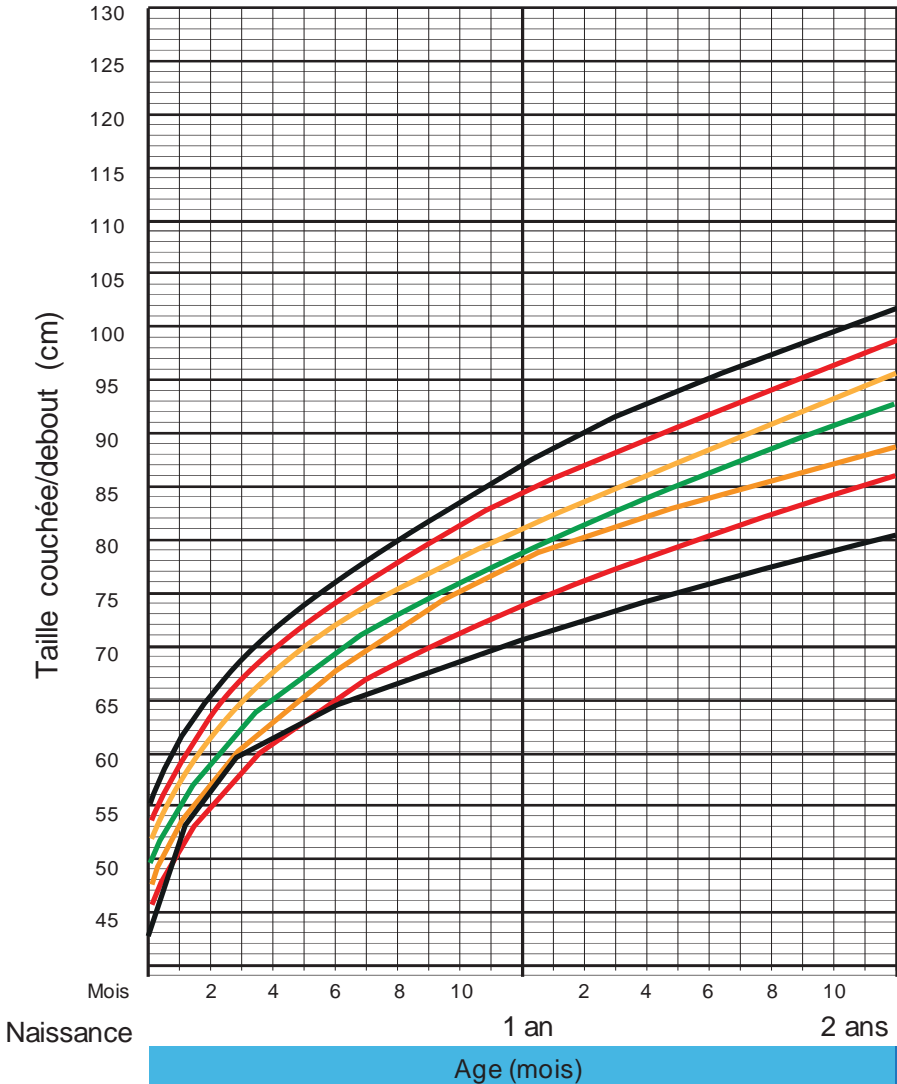


(mois et années révolus)

Un point ou une courbe qui est loin de la moyenne, (proche de la courbe 3 ou -3), dénote un problème de croissance.

Taille-pour-âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



La courbe appelée « 0 » est la moyenne.



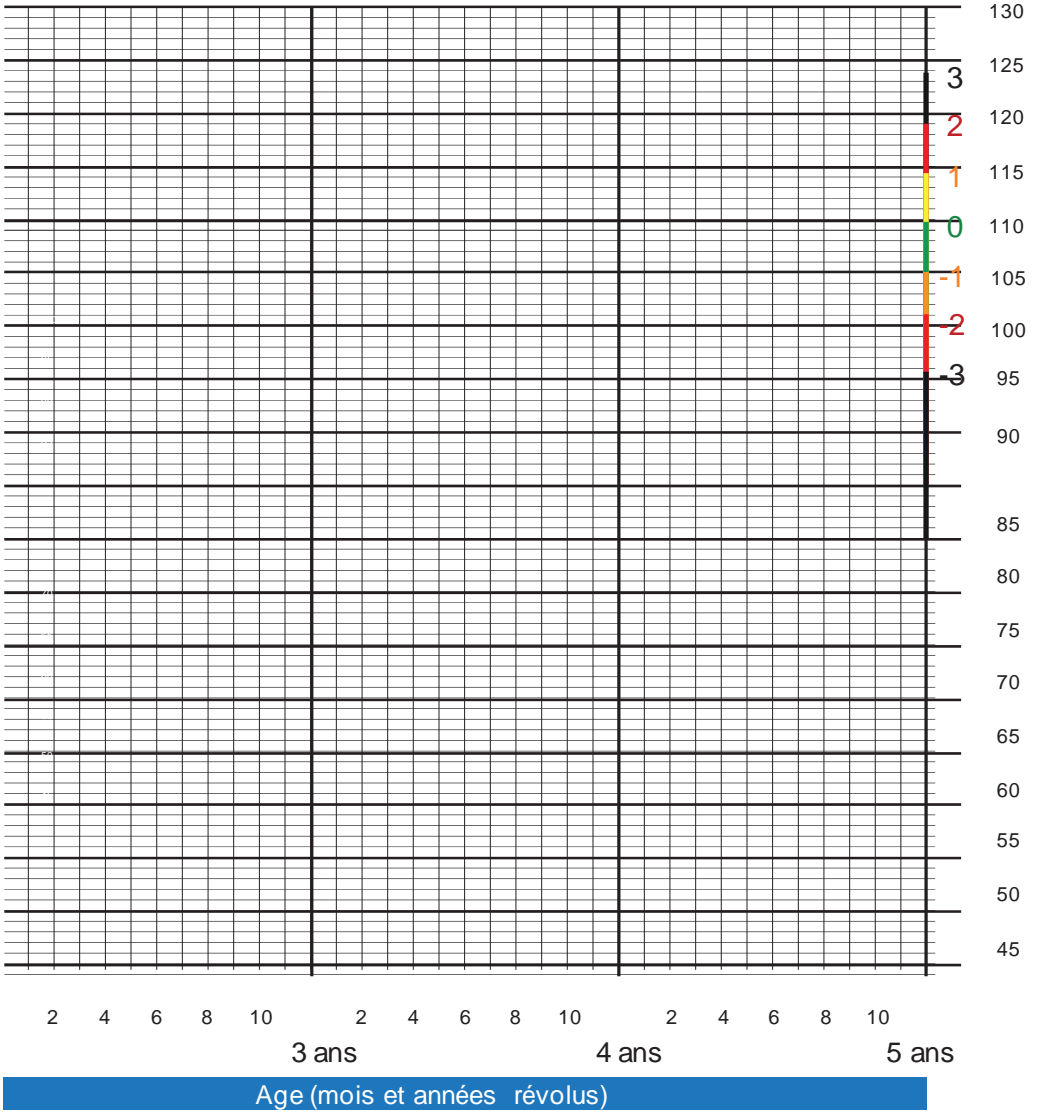
BON !!



DANGER



Organisation mondiale de la Santé



Un point ou une courbe qui est loin de la moyenne, (proche de la courbe 3 ou -3), dénote un problème de croissance.

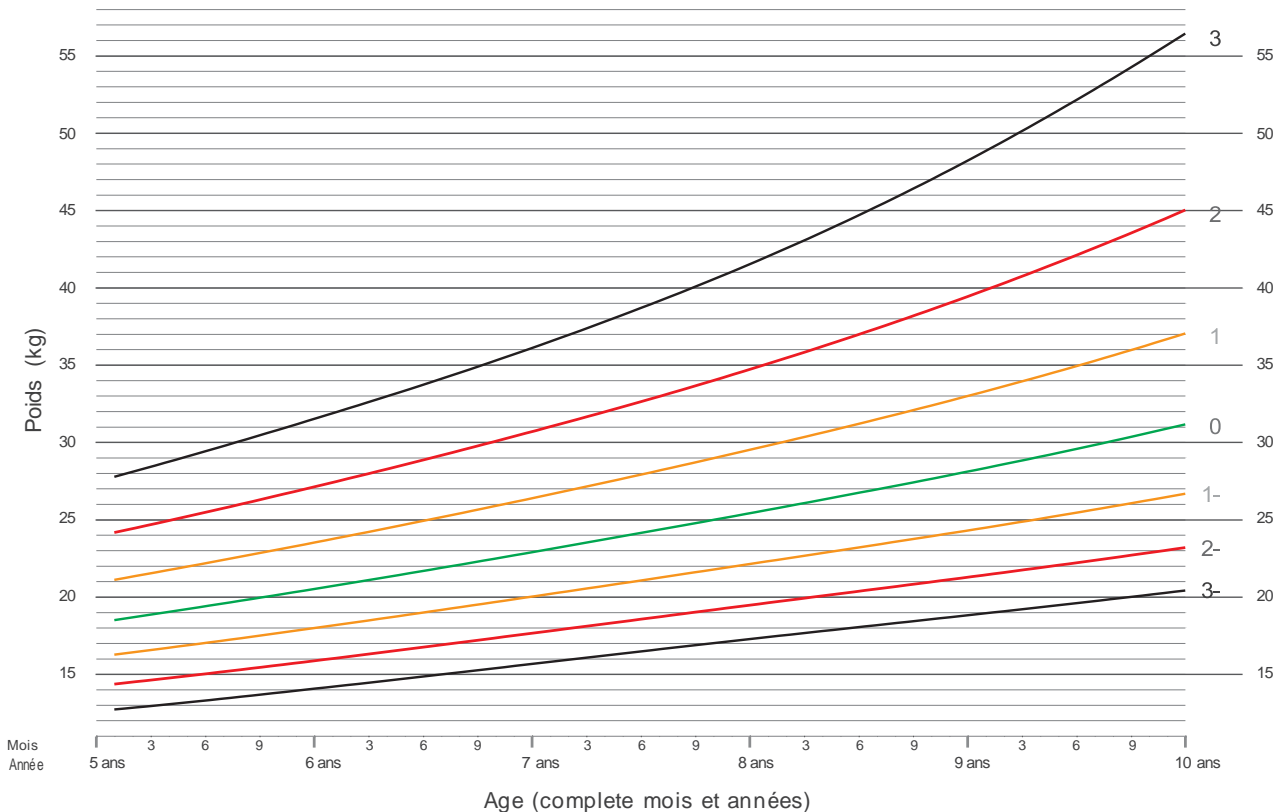
Poids-pour-âge Garçons

5 à 10 ans (z-scores)



Organisation mondiale de la Santé

88

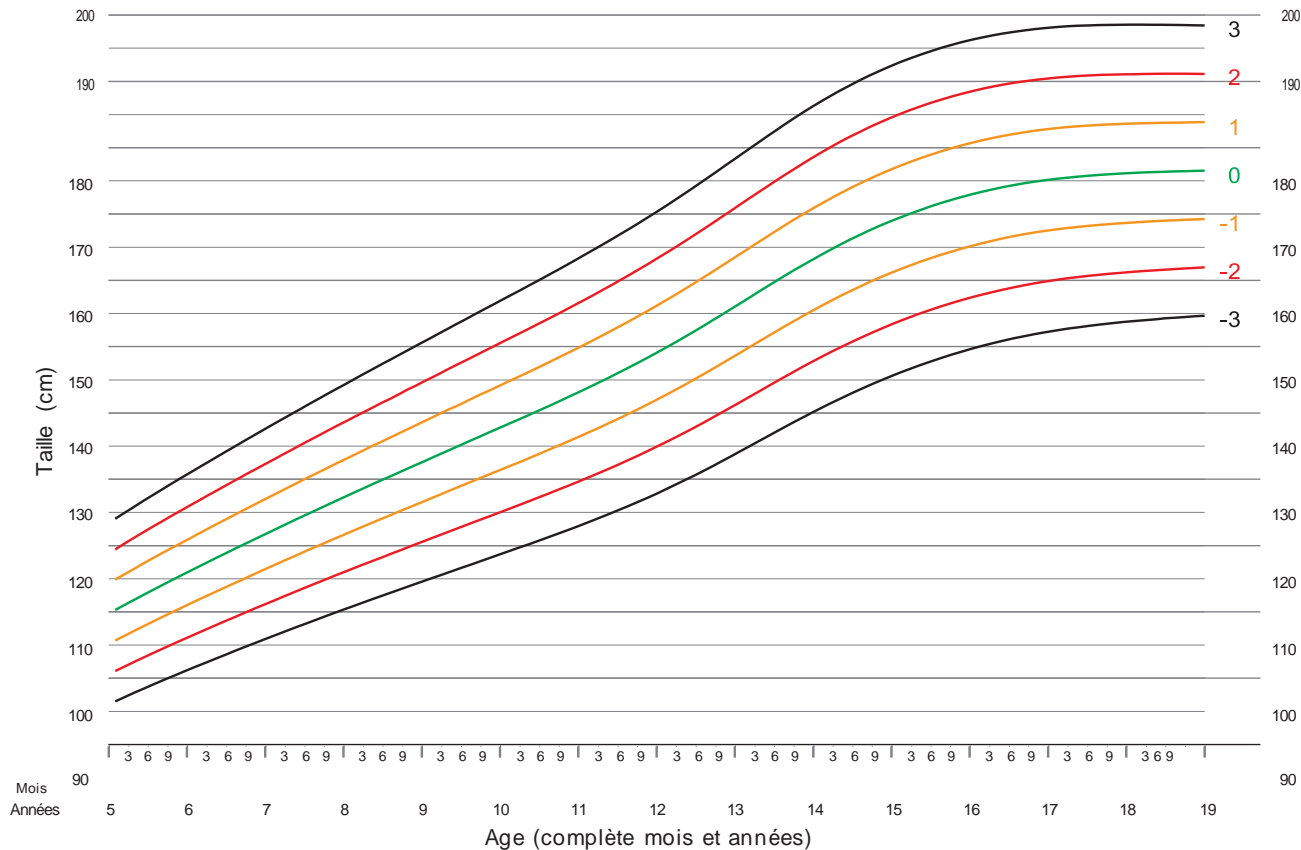


Taille-pour-âge Garçons

5 à 19 ans (z-scores)

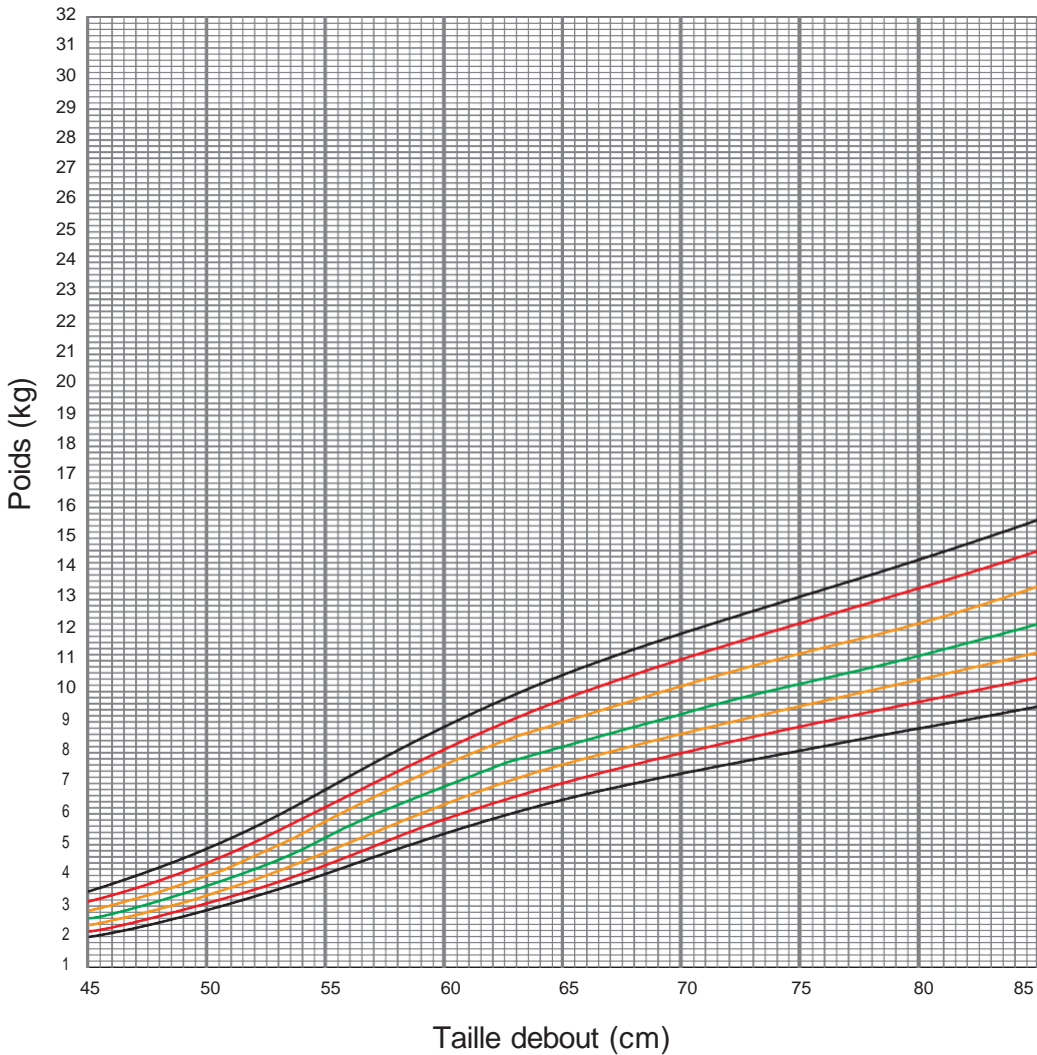


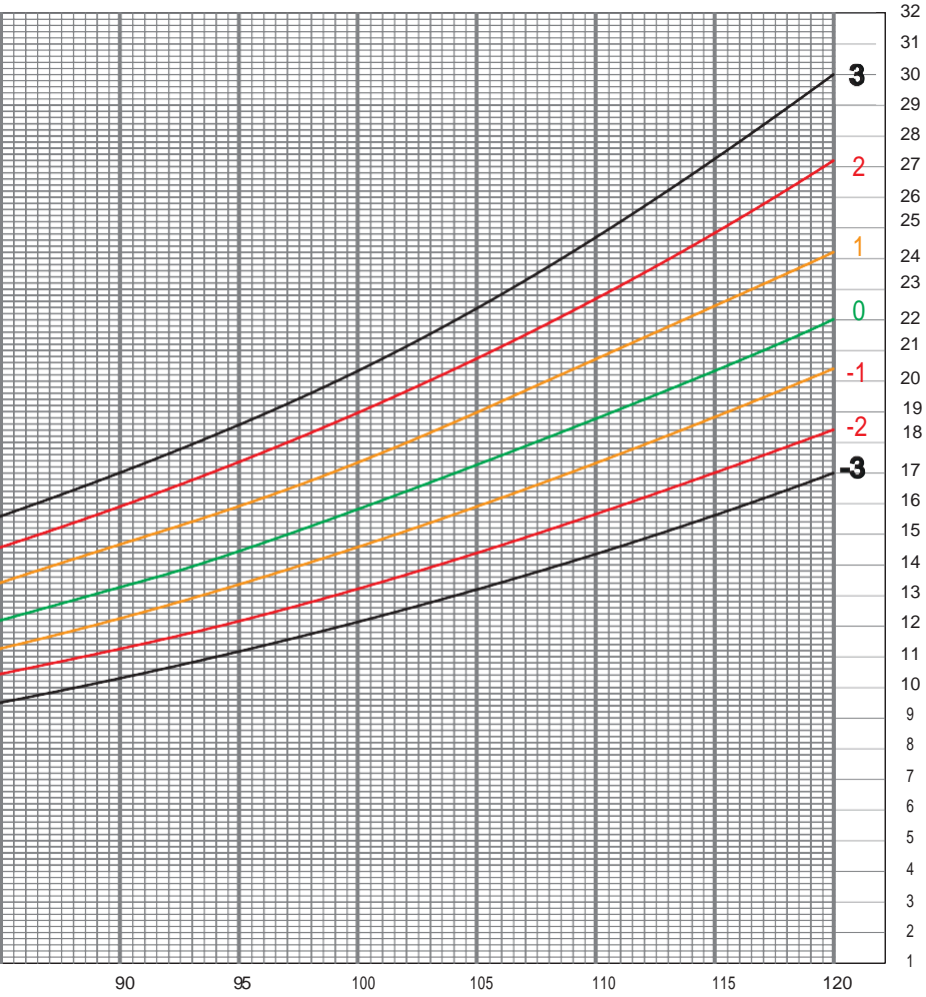
69



Poids-pour-taille GARÇONS

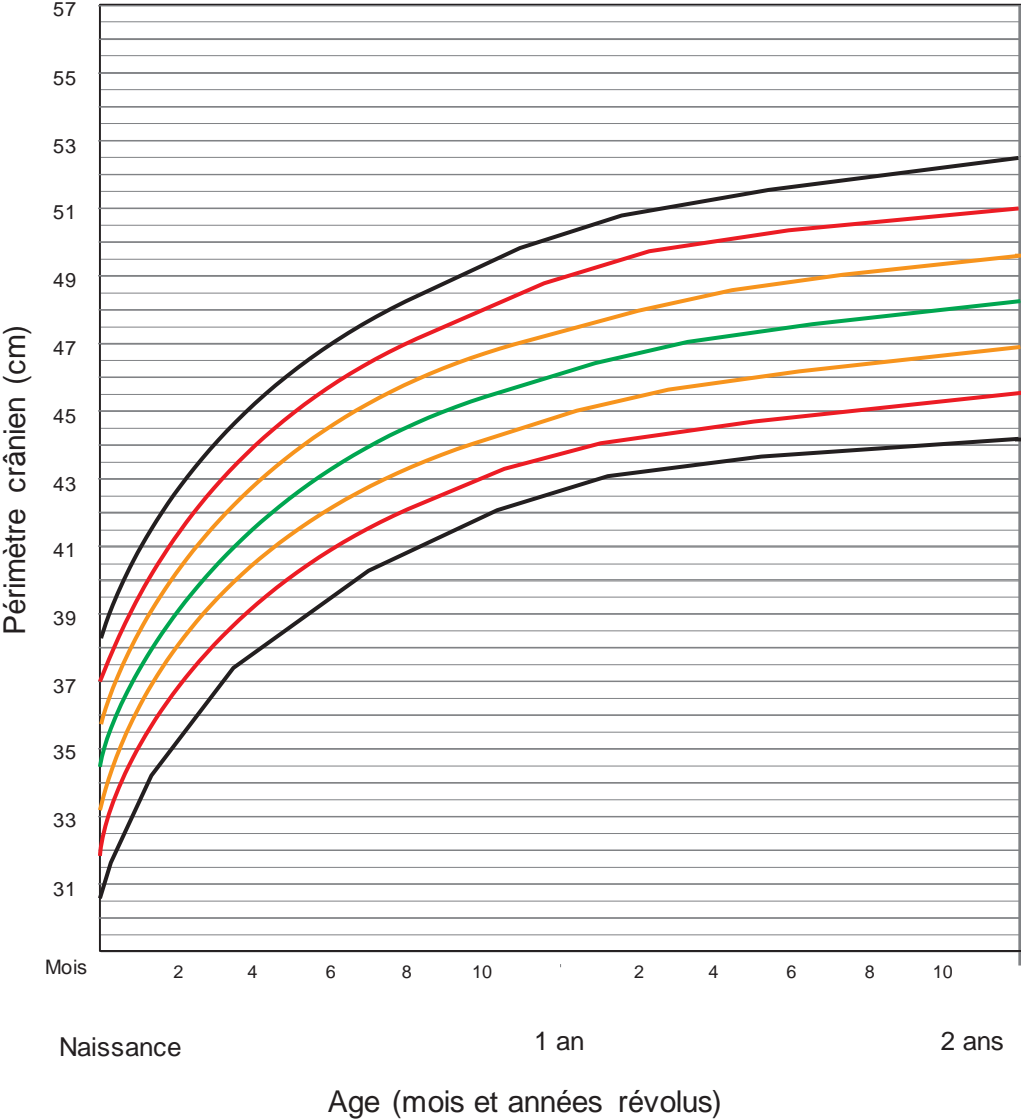
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

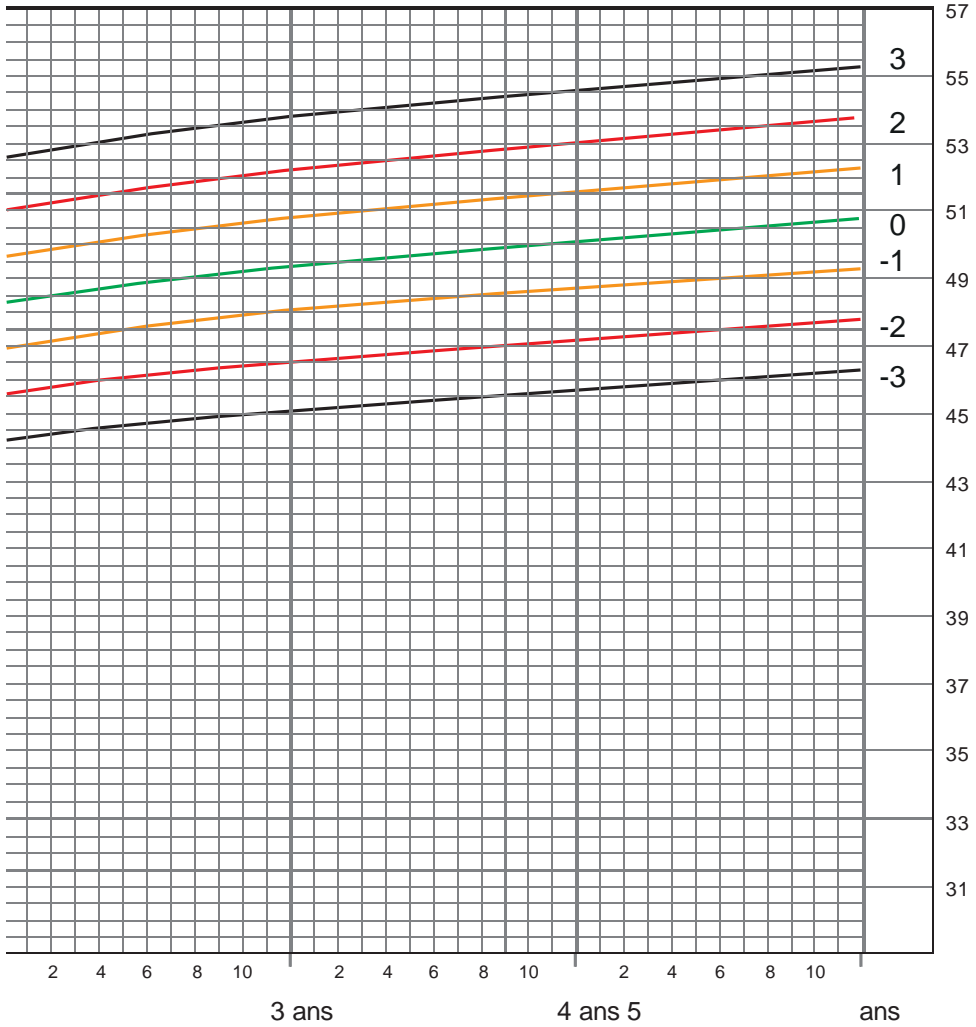




Périmètre crânien-pour-âge GARÇONS

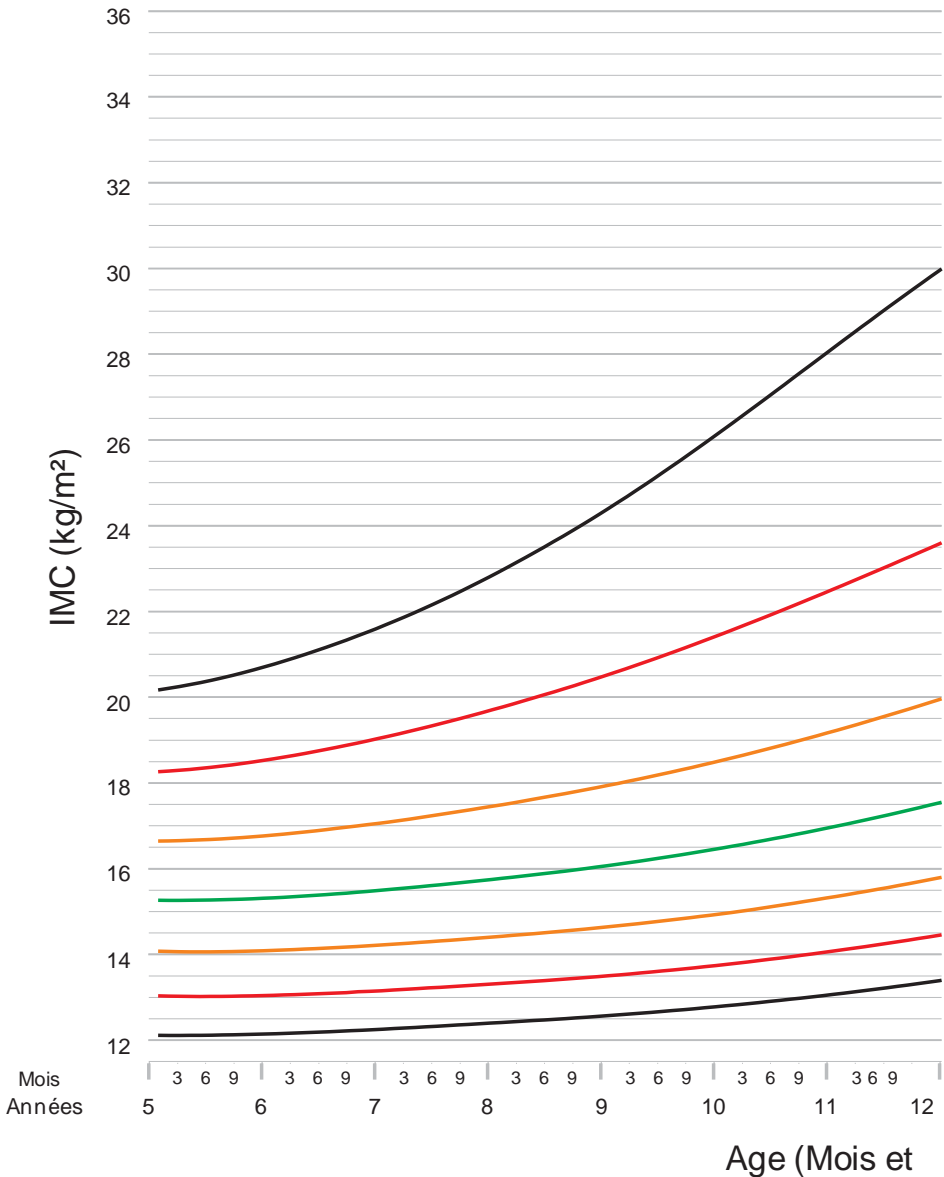
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

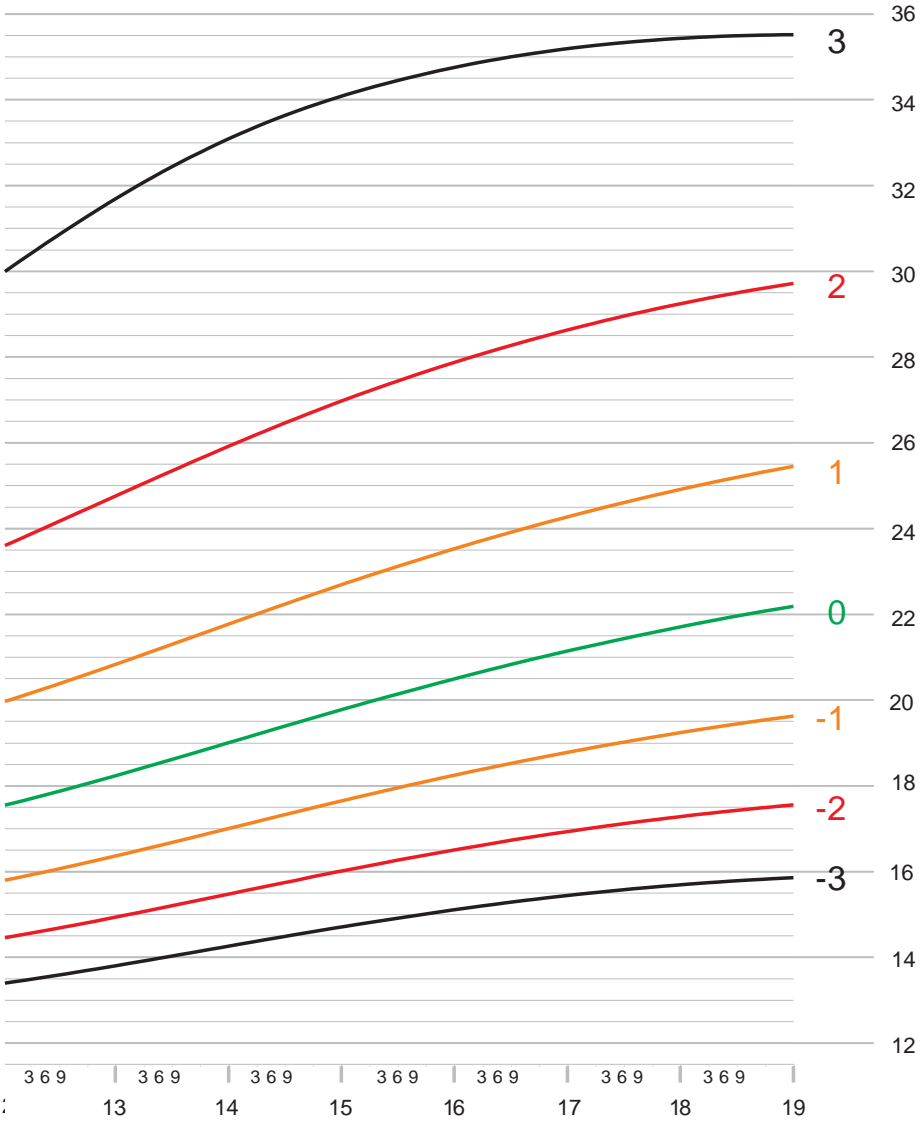




IMC-pour-âge GARÇONS

De 5 à 19 ans (z-scores)



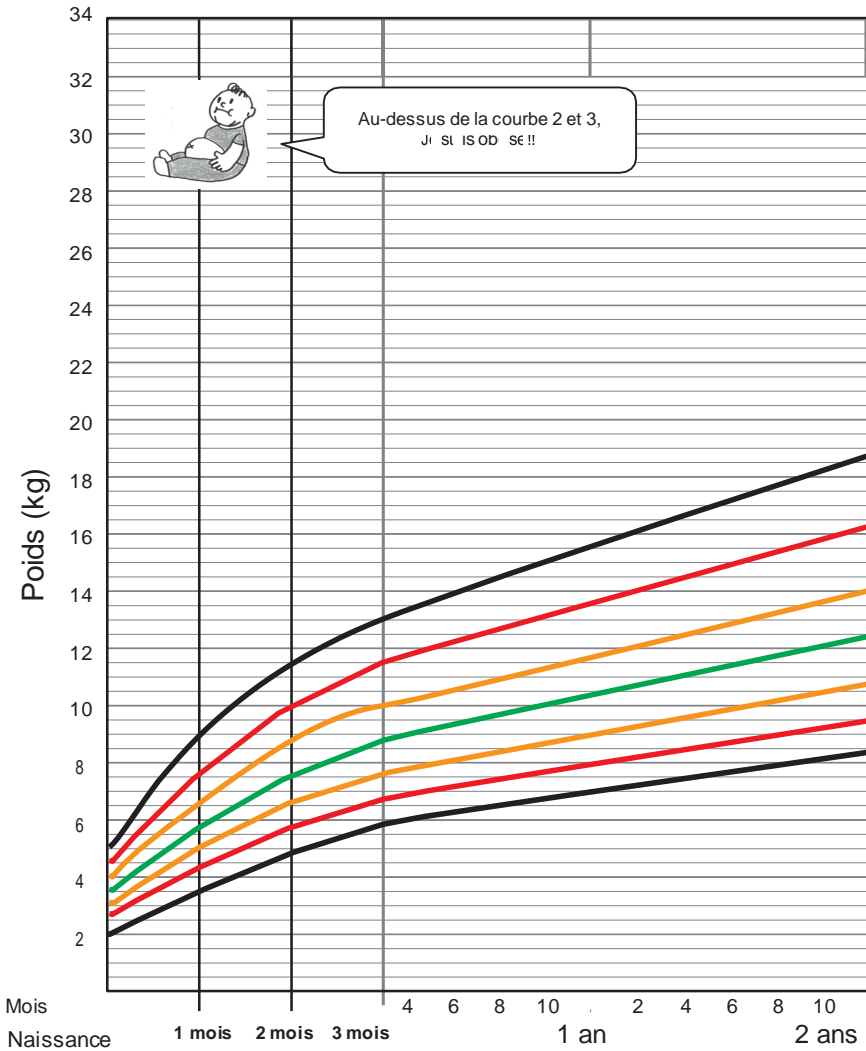


années complètes)

Poids-pour-âge FILLES

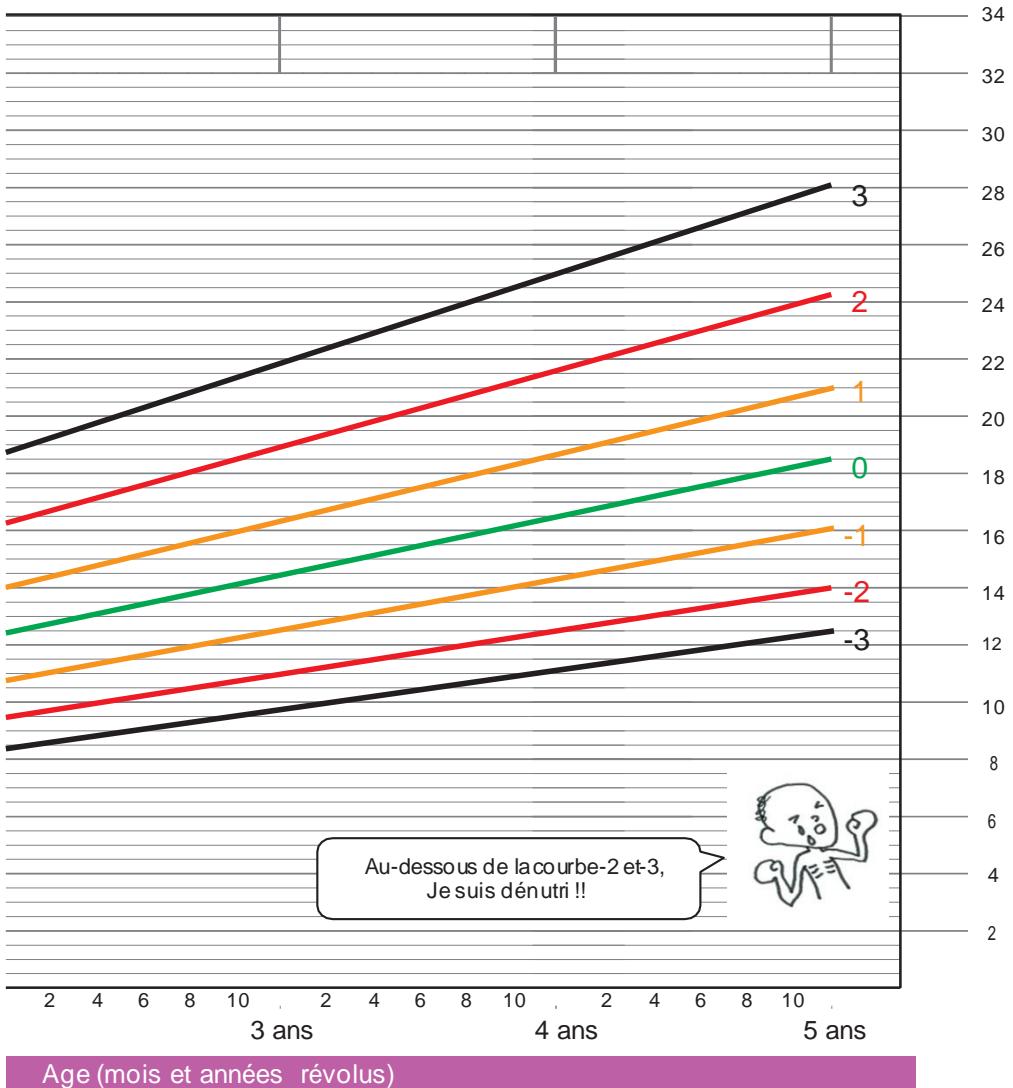
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

Courbes de croissance des



Age (Semaines)

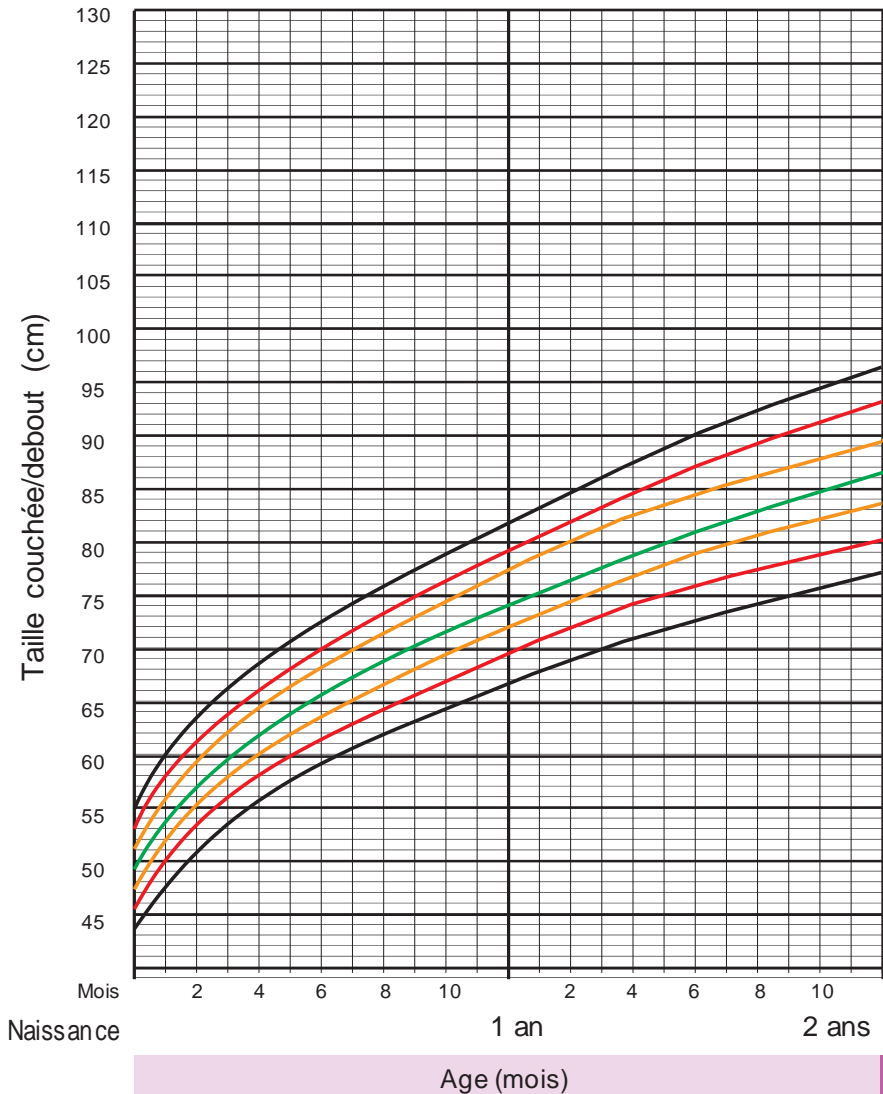
La courbe appelée « 0 » est la moyenne.



Un point ou une courbe qui est loin de la moyenne, (proche de la courbe 3 ou -3), dénote un problème de croissance.

Taille-pour-âge FILLES

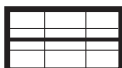
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



La courbe appelée « 0 » est la moyenne.



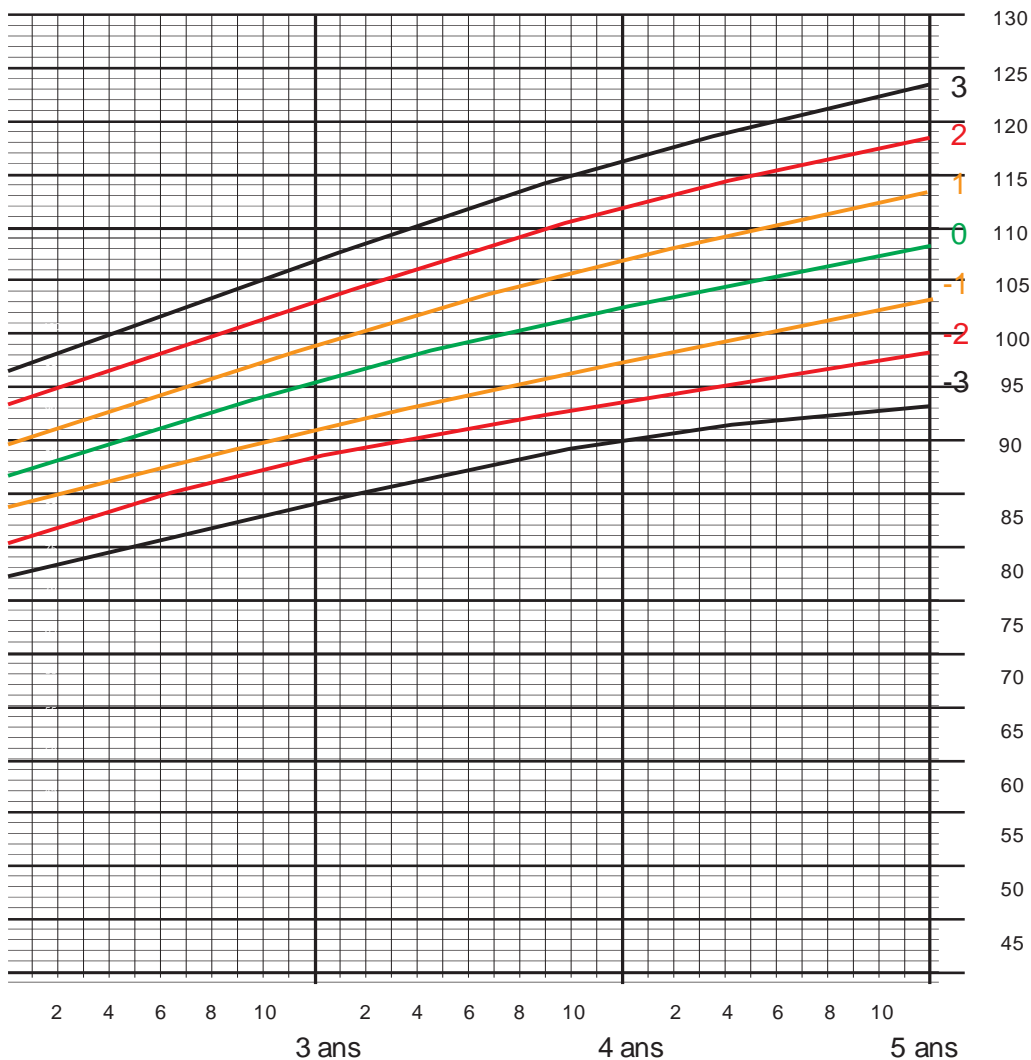
BON !!



DANGER



Organisation mondiale de la Santé



Age (mois et années révolus)

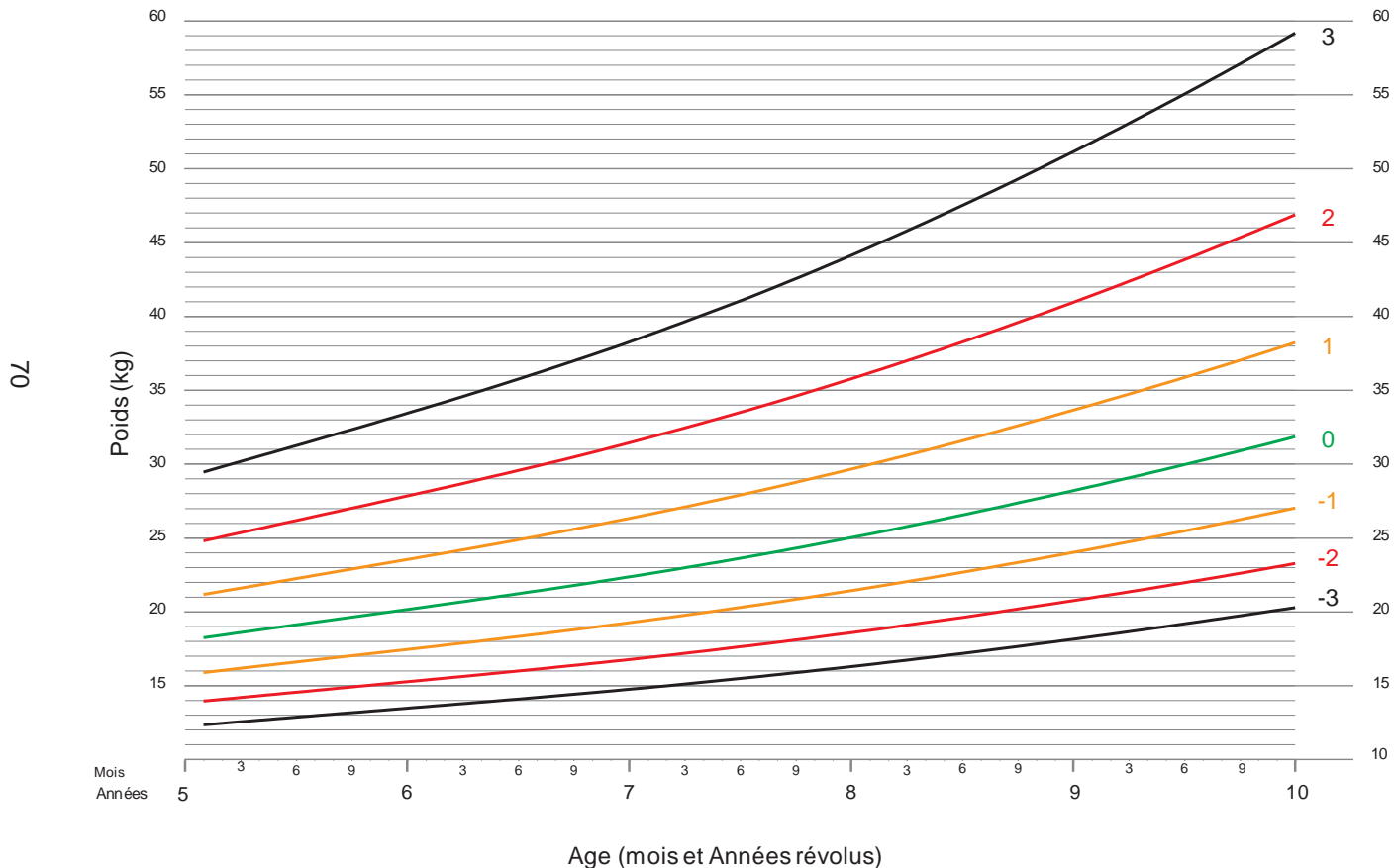
Un point ou une courbe qui est loin de la moyenne, (proche de la courbe 3 ou -3), dénote un problème de croissance.

Poids-pour-âge Filles

5 à 10 ans (z-scores)



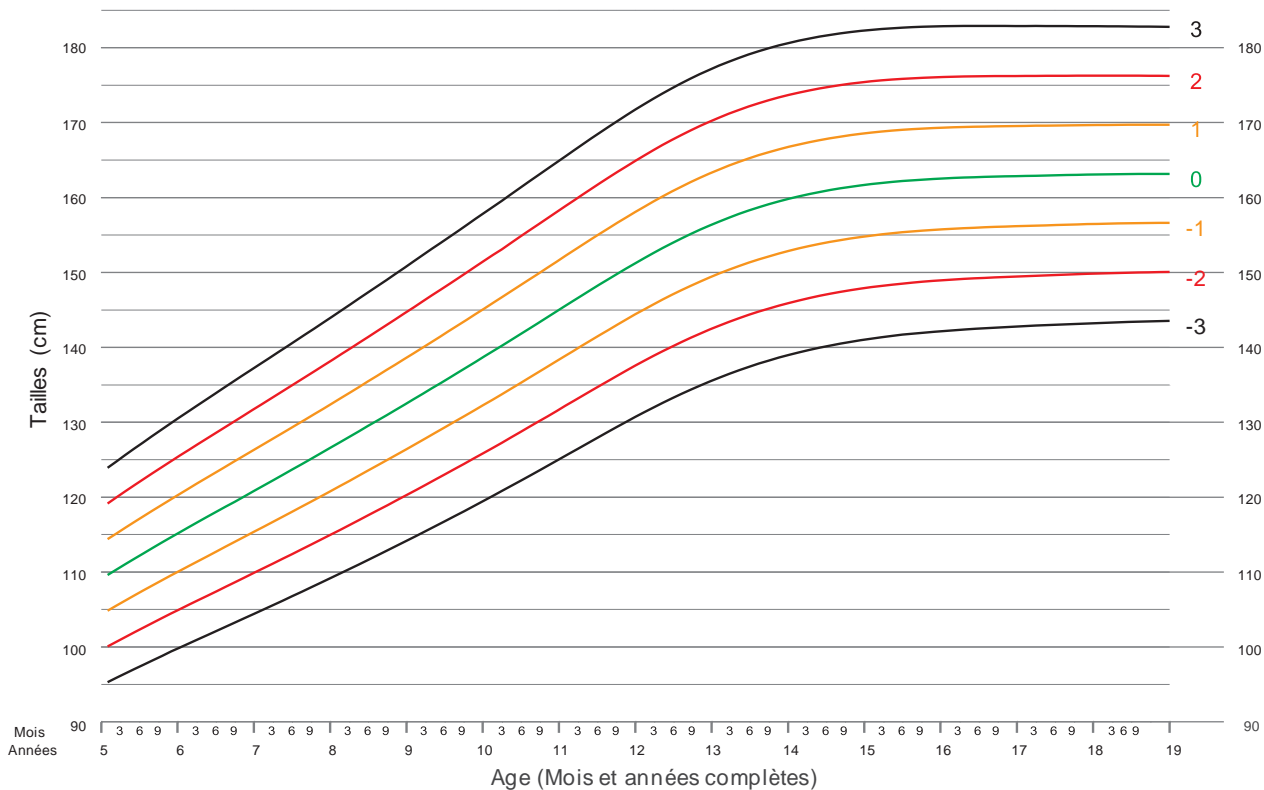
Organisation mondiale de la Santé



Taille-pour-âge FILLES

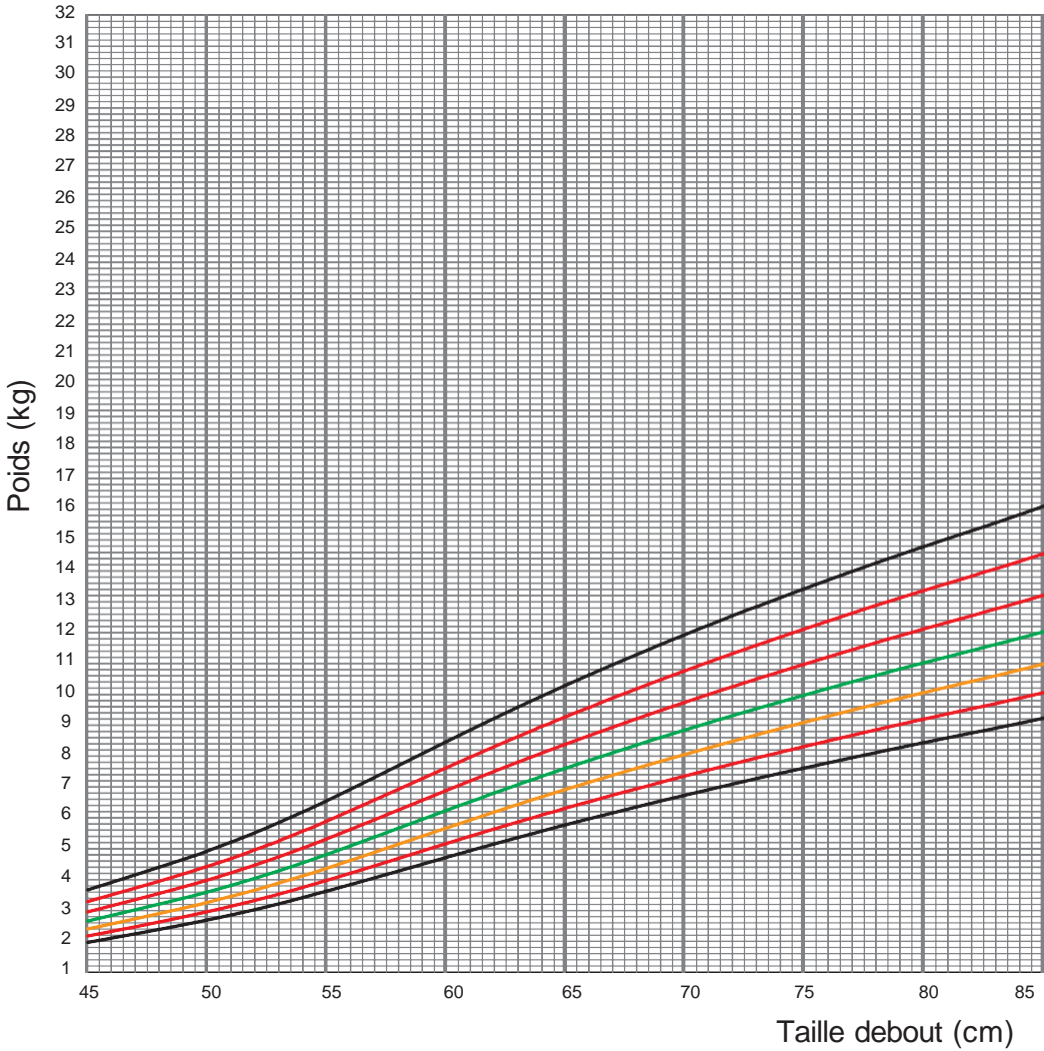


De 5 à 19 ans (z-scores)



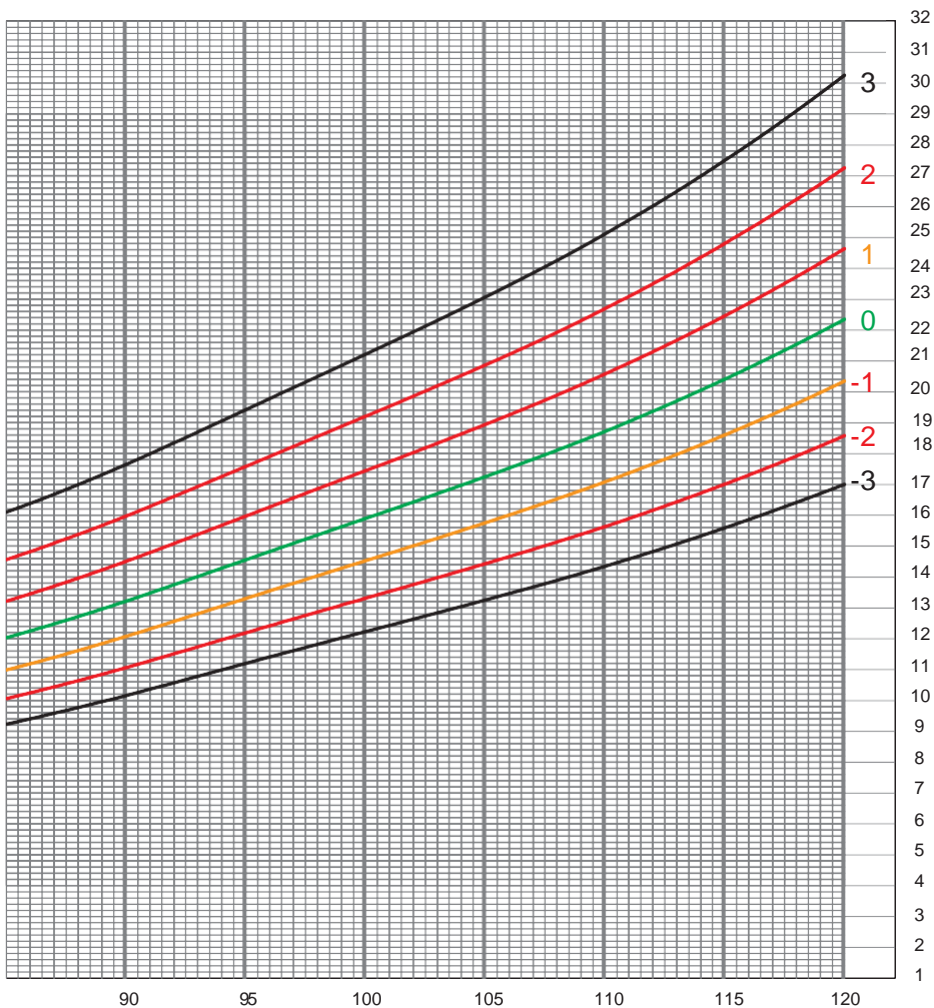
Poids-pour-taille FILLES

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



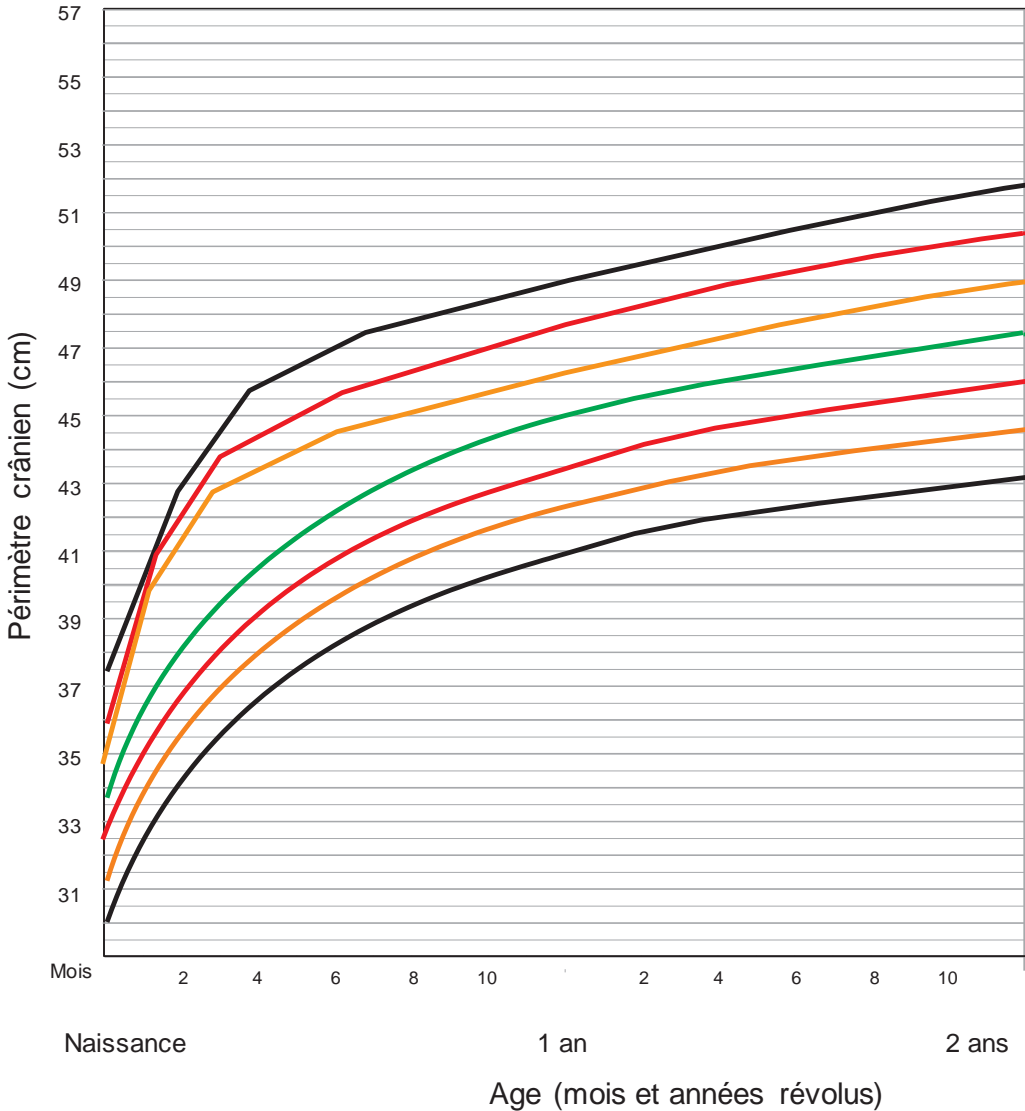


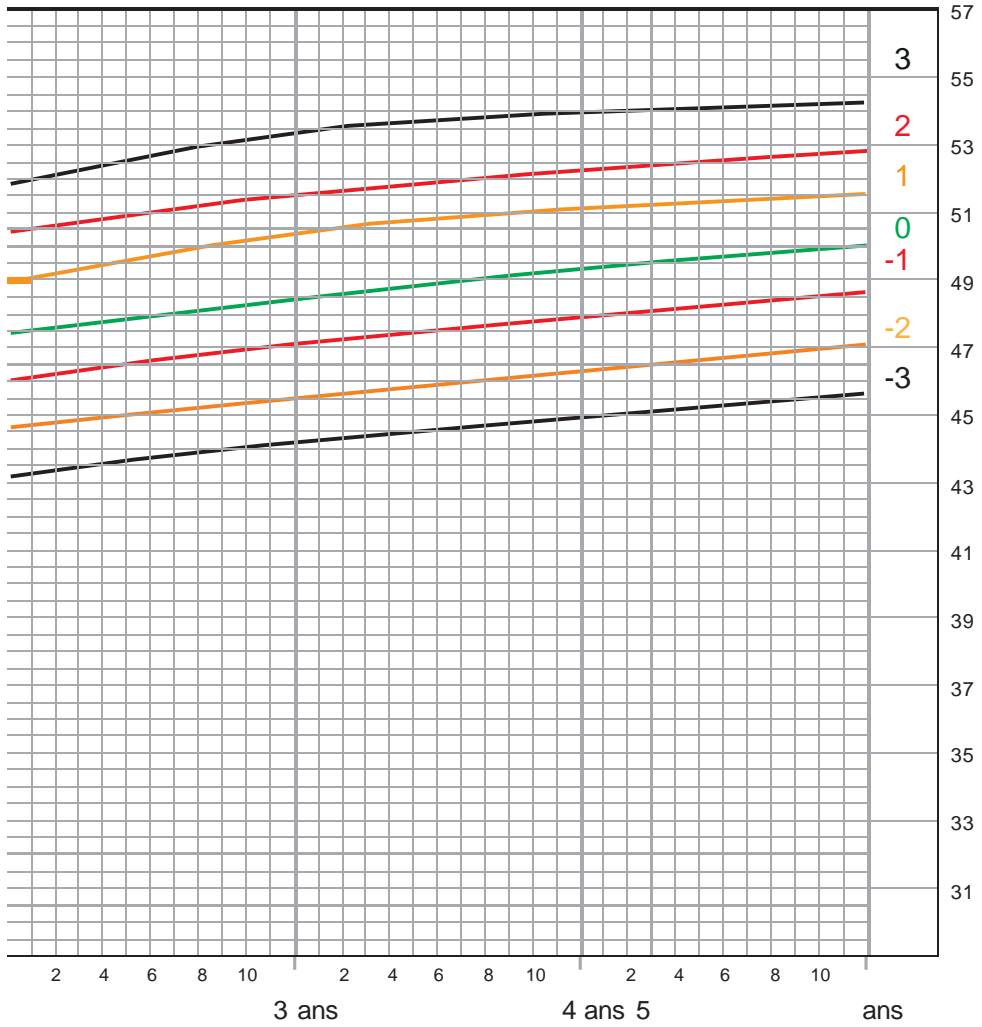
Organisation
mondiale de la Santé



Périmètre-crânien-pour-âge FILLES

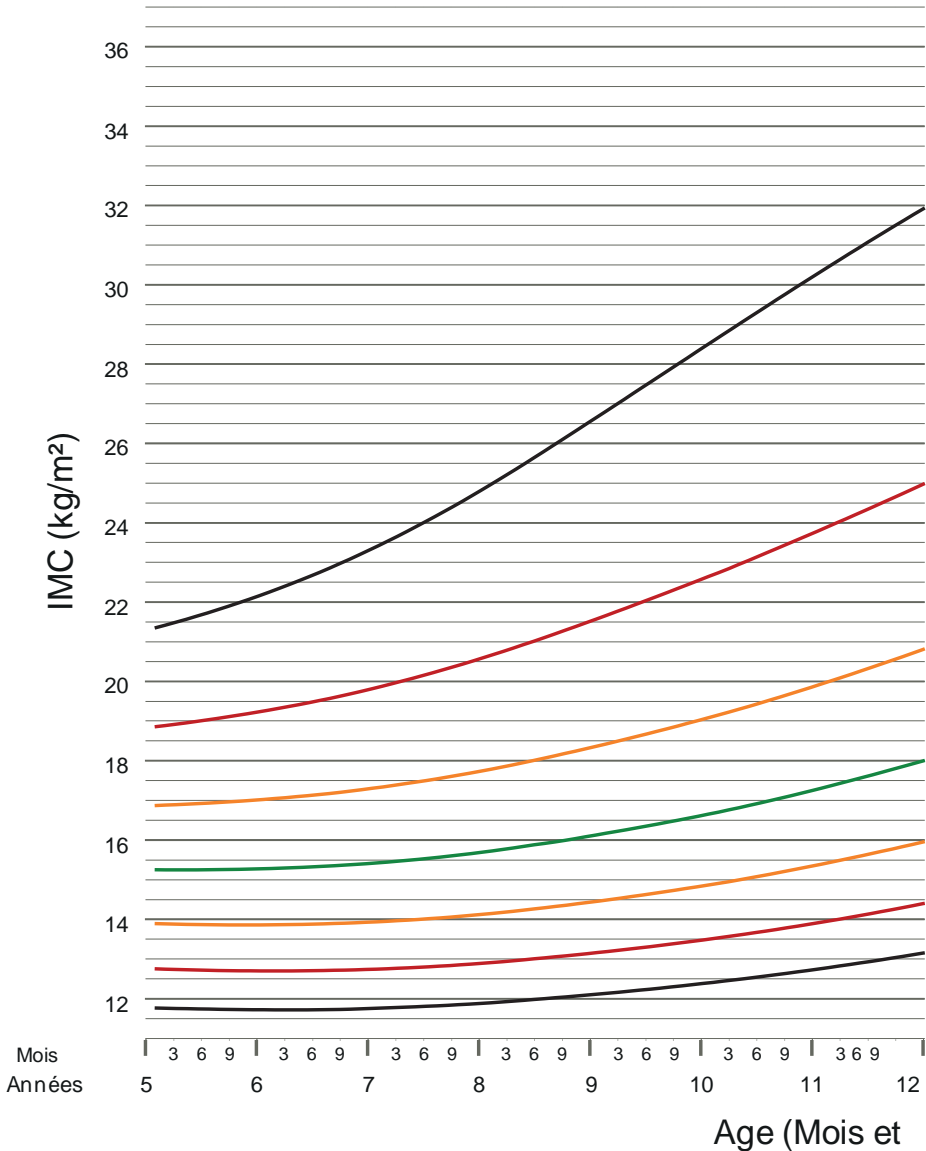
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

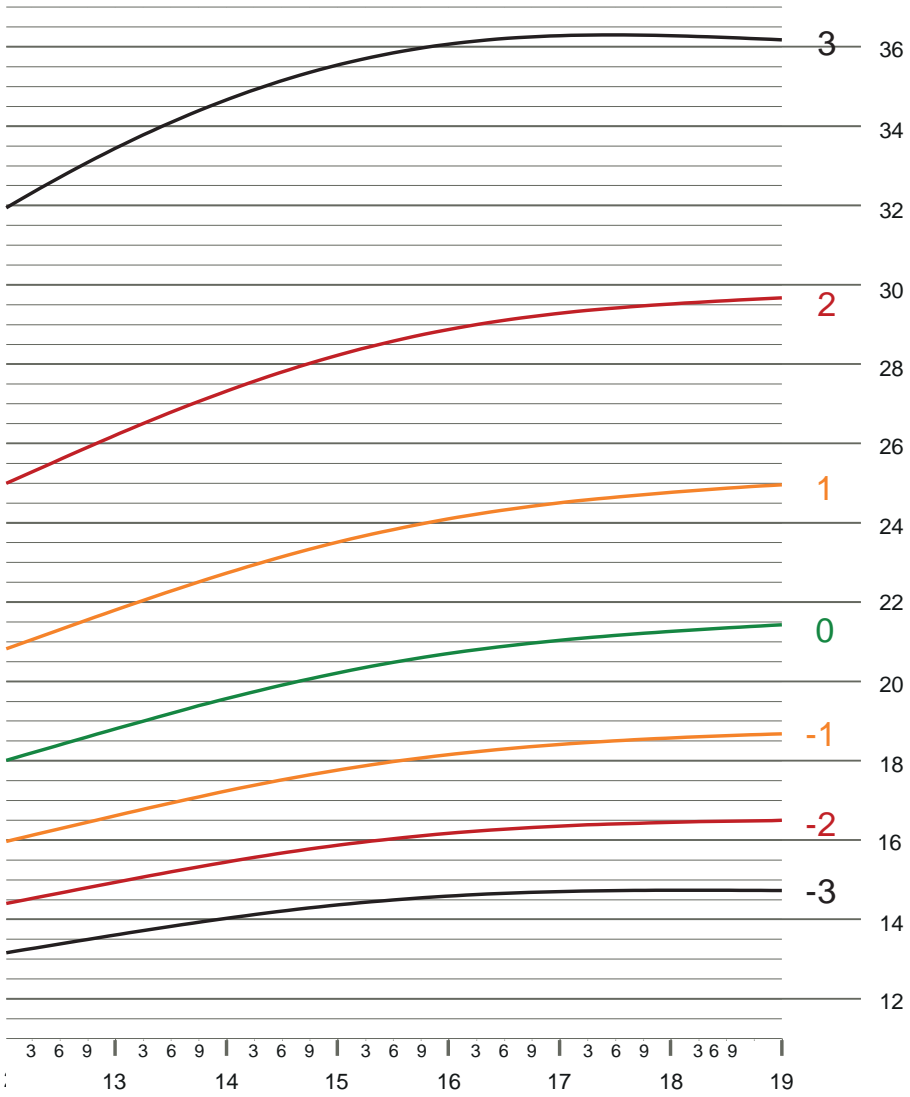




IMC-pour-âge FILLES

De 5 à 19 ans (z-scores)





années complètes)

SURVEILLANCE



GS RH.....Electrophorèse de l'Hg.....

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE



Date	Age	Poids kg	Taille cm	PC cm	PT cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

SURVEILLANCE

Date	Age	Poids kg	Taille cm	PB mm	Diagnostic /Traitement

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Date	Compte rendu d'hospitalisation / Observations	Nom et prénoms, signature et cachet du service

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Date	Compte rendu d'hospitalisation / Observations	Nom et prénoms, signature et cachet du service

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Date	Compte rendu d'hospitalisation / Observations	Nom et prénoms, signature et cachet du service

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Date	Compte rendu d'hospitalisation / Observations	Nom et prénoms, signature et cachet du service

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Date	Compte rendu d'hospitalisation / Observations	Nom et prénoms, signature et cachet du service

MALADIES ÉPIDÉMIQUES ET CONTAGIEUSES

Varicelle, Coqueluche, Oreillons, Rougeole, Rubéole, Scarlatine, Diphtérie, Fièvre typhoïde et paratyphoïde. Tuberculose pulmonaire, Fièvre hémorragique virale, Hépatite virale A, B, C, etc. autres maladies (à préciser)

Maladies	Date	Observations / Complications	Signature et cachet du médecin

TRANSFUSIONS SANGUINES

Dates et cachet service			Sécurisation					Quantité ml Culot/sang Total	Observation	
			GSRH/ RAI	N°CNTS	Sérologie					
					VIH	Hépatite B	Hépatite C			Syphilis

RECOMMANDATIONS MÉDICALES PARTICULIÈRES

(Contre-indications, allergies, traitements permanents ou de longue durée, maladies chroniques, etc....)

LE CARNET DE SANTE MÈRE-
ENFANT EST UN DOCUMENT
ESSENTIEL.

C'EST L'HISTOIRE DE LA VIE DE L'ENFANT ;
LE GARDER PRÉCIEUSEMENT
C'EST LE GRAND CADEAU POUR L'ENFANT
;

C'EST LE TÉMOIGNAGE D'AMOUR DE MAMAN POUR SON ENFANT.



Ce carnet est un document confidentiel couvert par le secret médical.

Il ne peut être utile qu'à des fins médicales.

Il vous appartient de le présenter au personnel de santé dès votre première consultation de grossesse.

La Vie n'a pas de prix.

La santé est un droit pour l'enfant, un devoir pour les parents.

Merci Maman et papa de bien protéger votre Enfant



Protéger nos enfants, c'est protéger notre futur.

Bonne alimentation = Bonne Santé

Bonne Santé = Assurance Vie

Force et Santé de l'Individu

Bonheur de la Famille.

Avenir de la Nation.



Organisation
mondiale de la Santé

