

REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité - Travail - Progrès
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DES STATISTIQUES



Système National d'Information Sanitaire
BP 13 378 - Niamey - NIGER
Site web : <http://snis.cermes.net>

Formation sanitaire de :

.....

CARNET DE SANTE

MERE -ENFANT

NOM ET PRENOM DE LA MERE

.....

.....

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

.....

.....

N° CPN

.....

IMAGE
FEMME ENCEINTE
ALLANT EN CONSULTATION

Je fais mes consultations prénatales et j'accouche dans le Centre de Santé



**Je fais mes consultations prénatales et
j'accouche dans le Centre de Santé**

**REPUBLIQUE DU NIGER
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE REPRODUCTION
DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L ENFANT**

CARNET DE SANTE

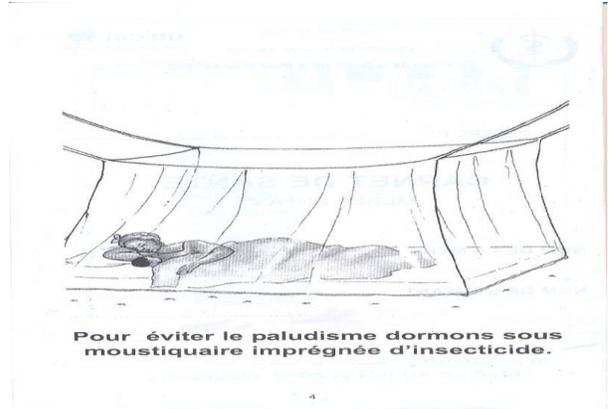
NOM ET PRENOM DE LA MERE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

N°SPN

IMAGE
FEMME ENFANT SOUS MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE

Pour éviter le Paludisme dormons sous moustiquaire imprégnée d'insecticide



CONSULTATION PRENATALE

N°	Année
	20..

CONSULTATION INFANTILE

N°	Année
	20..

FICHE SCOLAIRE

N°	Année
	20..

Enfant

Prénom
Sexe
Date de naissance
Lieu de naissance
N° Etat Civil
N° D'acte de Naissance
Groupe Sanguin Rhésus

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

Photo enfant
si possible

Mère

Prénom
Nom
Date de naissance/Age
Lieu de naissance
Nationalité
Situation matrimoniale
Profession
Adresse
Employeur

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

N° Téléphone

Père

Prénom
Nom
Date de naissance/Age
Lieu de naissance
Nationalité
Situation matrimoniale
Profession
Adresse
Employeur

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

N° Téléphone

Allocations Familiales

.....	OUI	NON
-------	-----	-----

IMAGE

LAVAGE DES MAINS

Changer la forme du savon

Séparer la bouilloire de la main

Voir nutrition Unicef

Toujours se laver les mains à l'eau et au savon:
avant de manger;
avant de préparer le repas des enfants;
avant de donner à manger à l'enfant;
après avoir nettoyé l'enfant;
au sortir des toilettes;
avant et après les soins à l'enfant.



Antécédents obstétricaux

MERE

Grossesses antérieures	G*1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	G12
Pathologie gravidique **												
Terme***												
Avortement												
Mort - né												
Naissance vivante												
Date d'accouchement												
Lieu de l'accouchement												
Mode d'accouchement****												
Césarienne: indication												

Observations complémentaires

G1 _____
G2 _____
G3 _____
G4 _____
G5 _____

Mettre une croix dans la case correspondante pour chaque grossesse

Noter: * : Grossesse

** : si pathologie gravidique, préciser dans observations

*** Terme (T) ou Prématuré (P)

****: préciser : Normal (N), Césarienne (C), Forceps (F), Ventouse (V)

FRATRIE (frères et soeurs)

Rang de l'Enfant	E*1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12
Terme**												
Date de naissance												
Lieu de naissance												
Réanimé à la naissance												
Poids à la naissance												
Vivant												
Décédé												
Si oui âge du décès												
Cause du décès												

Observations complémentaires

E1 _____
E2 _____
E3 _____
E4 _____
E5 _____
E6 _____

Mettre une croix dans la case correspondante pour chaque grossesse

Noter: * : Enfant

** : Terme (T) ou Prématuré (P)

Antécédents Maternels

1) MEDICAUX

HTA

Cardiopathie

Diabète

Drépanocytose

Infection à VIH

Autres à préciser

CHIRURGICAUX

Césarienne

Rupture utérine

Grossesse extra utérine

Myomectomie

Autres à préciser

GYNECOLOGIQUES

Dernière méthode contraceptive

infertilité

Infection génitale

Fibrome

Kyste de l'ovaire

Excision

Autres à préciser

Examens complémentaires pour la grossesse en cours

Groupe Sanguin/Rhésus : Mère _____

Père* _____

Test de COOMBS _____

	CPNR 1	CPNR 2	CPNR 3	CPNR 4	CPNR 5	CPNR 6	CPNR 7	CPNR 8
Date								
Examens								
Syphilis (BW)								
Taux Hémoglobine								
Hématocrite								
Albuminurie								
Glucosurie								
Test d'Emmel (HF)								
Recherche Ag HBS**								
Sérologie VIH								
Autres examens								

* Si

** Si Ag HBS positif vacciner le nouveau-né à la naissance

SUIVI PRENATAL

	CPNR 1	CPNR 2	CPNR 3	CPNR 4	CPNR 5	CPNR 6	CPNR 7	CPNR 8
Date								
Age en semaine d'aménorrhée								
Signes cliniques								
Poids								
Température								
Périmètre Brachial (PB)								
Tension Artérielle								
Hauteur Utérine								
Examen du bassin								
Présentation								
Bruit du Cœur Fœtal								
Oedèmes								
Pâleur								
Ictère								
Existence de nodule du sein								
Col								
Perte de liquide amniotique								
Métrorragies								
Leucorrhées anormales								
Mesures préventives								
Dose Vaccin Anti-Tétanique								
Fer + Acide Folique								
Albendazole								
Traitement Présomptif Intermittent* (TPI)								
Protocole PTME								
MILDA								
Misoprostol au T3								
Thèmes d'EPS développés								
Suivi CRENAM								
RDV								

Conduite à tenir et date

* Si mère séro positive ne pas donner TPI mais Cotrimoxazole

Gestité	
Parité	
Nb enfants vivants	
Nbre enfants décédés	
Taille	
Age du dernier né	
DDR	
DPA	

Choix du mode d'alimentation

Allaitement maternel e	
Alimentation Artificielle	

Plan d'accouchement

1. Lieu d'accouchement _____
2. Moyen de transport _____
3. Donneur de sang at _____
4. Personne à contact _____
5. Economie _____

Rappels des signes de danger

Saignements vaginaux
 Maux de tête intenses/ vision floue
 Douleurs abdominales intenses
 Doigts, visage et membres inférieurs enflés
 Fièvre

Images signes de danger à insérer?

ACCOUCHEMENT

Lieu d'accouchement

Date (jour , mois , année)

--	--	--

Heure d'accouchement

--	--	--

A terme

oui

Non

Présentation

Mode d'accouchement et complications

Normal

Forceps

Ventouses

Césarienne

Déchirure

Eclampsie

Infection

Hémorragies

Oui	Non

Autres à préciser

Médicaments au cours du travail

Protocole PTME à la mère

GATPA/Misoprostol

Oui	Non
-----	-----

Examen du placenta

Contraception du post partum immédiat

Oui	Non
-----	-----

Autres

Effectué par : (nom et qualification)

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

Né vivant	<input type="checkbox"/>
Mort - né	<input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Macéré
Prématuré	<input type="checkbox"/>
Hypotrophie	<input type="checkbox"/>
Jumeaux	<input type="checkbox"/>
Sexe	<input type="checkbox"/>
APGAR	<input type="checkbox"/> 1mn <input type="checkbox"/> 5mn <input type="checkbox"/> 10mn
Réanimation Si oui durée	<input type="checkbox"/> _____
Diagnostic précoce Drépanocytose	<input type="checkbox"/>
Résultat Electrophorèse	
Malformation congénitale	<input type="checkbox"/> A préciser: _____
Poids	<input type="checkbox"/>
Taille	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>
Périmètre Cranien	<input type="checkbox"/>
Groupe Sanguin Rhésus	<input type="checkbox"/>
Reflexe Succion	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Absent
Ictère	<input type="checkbox"/>
Cyanose	<input type="checkbox"/>
Collyre/Pde Ophtalmique	<input type="checkbox"/>
Vit k1	<input type="checkbox"/>
Protection du bébé contre le froid	<input type="checkbox"/>
Protocole PTME si mère séro positive	<input type="checkbox"/>
Application Chlorhexidine	<input type="checkbox"/>
Mise au sein immédiate (dans l'heure qui suit la naissance)	<input type="checkbox"/>
Autres	_____ _____
Effectué par : (nom et qualification)	_____
DATE (jour, mois , année)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Etat de l'enfant à la sortie de la maternité

Date (jour, mois, année)			
Poids			
Température			
Respiration normale			
Reflexe de succion	Bon		Faible
Ictère	Oui		Non
Cyanose	Oui		Non
Emission du méconium	Oui		Non
Emission des urines	Oui		Non
Etat du cordon			

Vaccins reçus	BCG	PO	Hépatite B
Autres observations			

Rendez-vous Consultation Nourrisson :

--	--	--

Etat de la mère à la sortie de maternité

Température			
Lochies	Normales		Fétides
Saignement	Oui		Non
Tension Artérielle			
Périmètre Brachial (PB)			
Autres à préciser:			
Choix de la contraception :			
Rendez-vous CPON			

Conseils à la mère:

- Allaitement Maternel Exclusif
- Vaccination mère et enfant
- Fer + Acide Folique
- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Contraception
- Consultation post natale et nourrisson
- Protection du bébé contre le froid
- Alimentation de la mère
- Observance ARV mère/enfant

Ajouter une page pour la CPoN
Proposer le contenu

image allaitement maternel

Remplacer la jeune fille par une grand-mère avec une décoction en main
Voir nutrition Unicef

Je ne donne que du lait maternel à mon bébé jusqu'à 6 mois



Prise en charge de la diarrhée

IMAGE
SRO ZINC
AVEC LABEL DU NIGER

Ajouter la posologie du Zinc:

Moins de 6 mois donner 1/2 comprimé par jour pendant 10 jours

De 6 mois à 5 ans donner 1 comprimé par jour pendant 10 jours

**Prise en charge de la diarrhée
SRO et Zinc**

UNICEF  Ministère de la Santé Publique
et de la Lutte contre les Endémies

SOORI SAFARO
Sel de réhydratation Orale (SRO)

Préparation de la solution

Faites bouillir de l'eau propre
dans une marmite...

Mélanges le contenu du sachet SRO
dans un 1l d'eau bouillie et tiède...

Donnez à boire à volonté à l'enfant...



26

**Prise en charge de la diarrhée
SRO et Zinc**

unicef  Ministère de la Santé Publique
et de la Lutte contre les Endémies

MAGANIN ZAWO
Sel de réhydratation Orale (SRO)



Précautions d'emploi

- 1 Faire boire fréquemment l'enfant à la tasse par petites gorgées
- 2 Si l'enfant vomit, attendre 10mn, puis continuer, mais plus lentement
- 3 Continuer à allaiter au sein quand l'enfant réclame
- 4 Si l'enfant veut davantage du SRO, lui en donner plus

Composition

chlorure de Sodium	2,5g/l
glucose anhydre	13,5g/l
chlorure de potassium	1,5g/l
citrate de Sodium dihydrate	2,9g/l

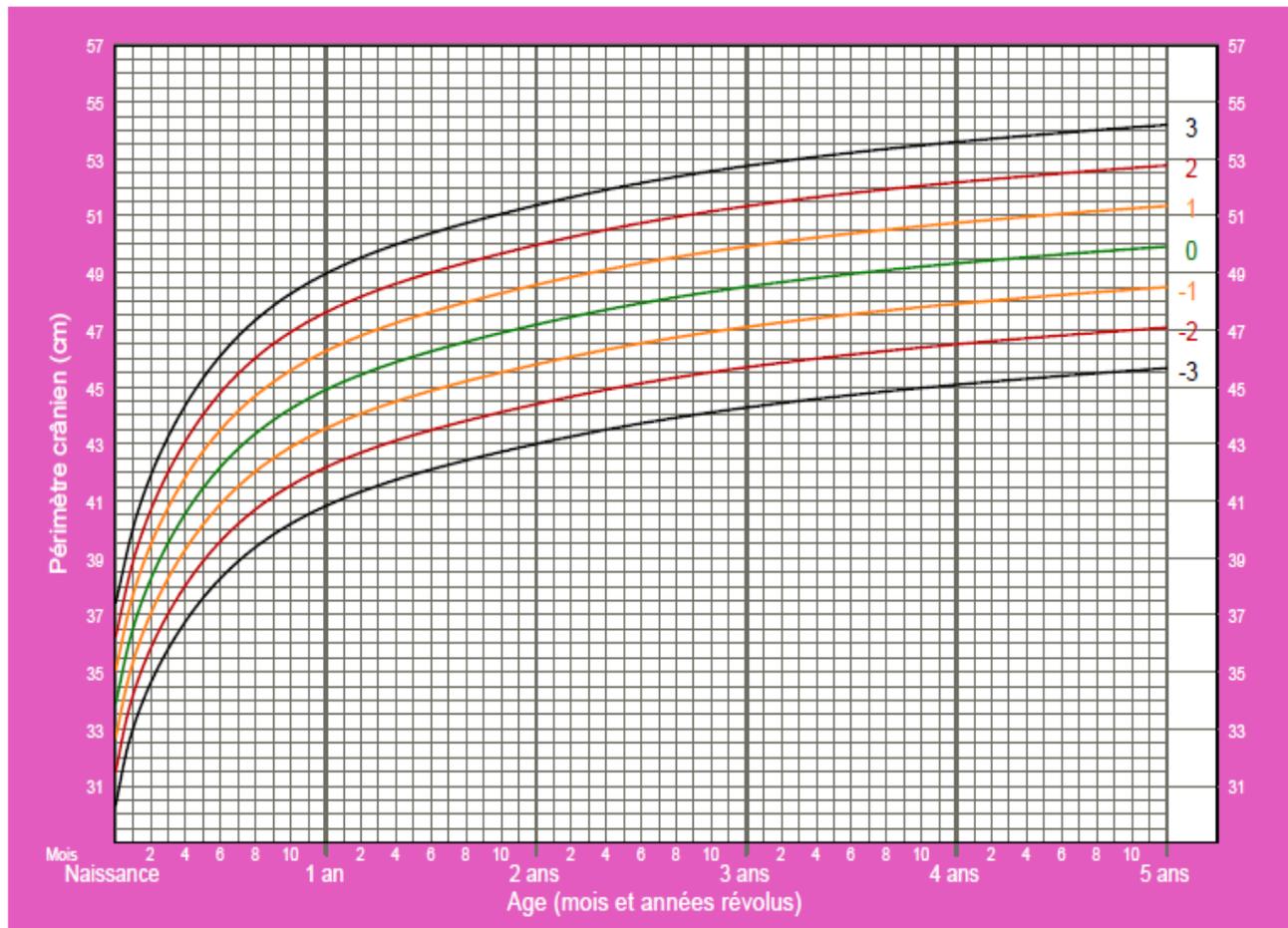
Lot n° _____ Fabricat. par _____
Fab. _____
Ex. _____

27

Périmètre crânien selon l'âge Fille

Périmètre crânien-pour-l'âge FILLES

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

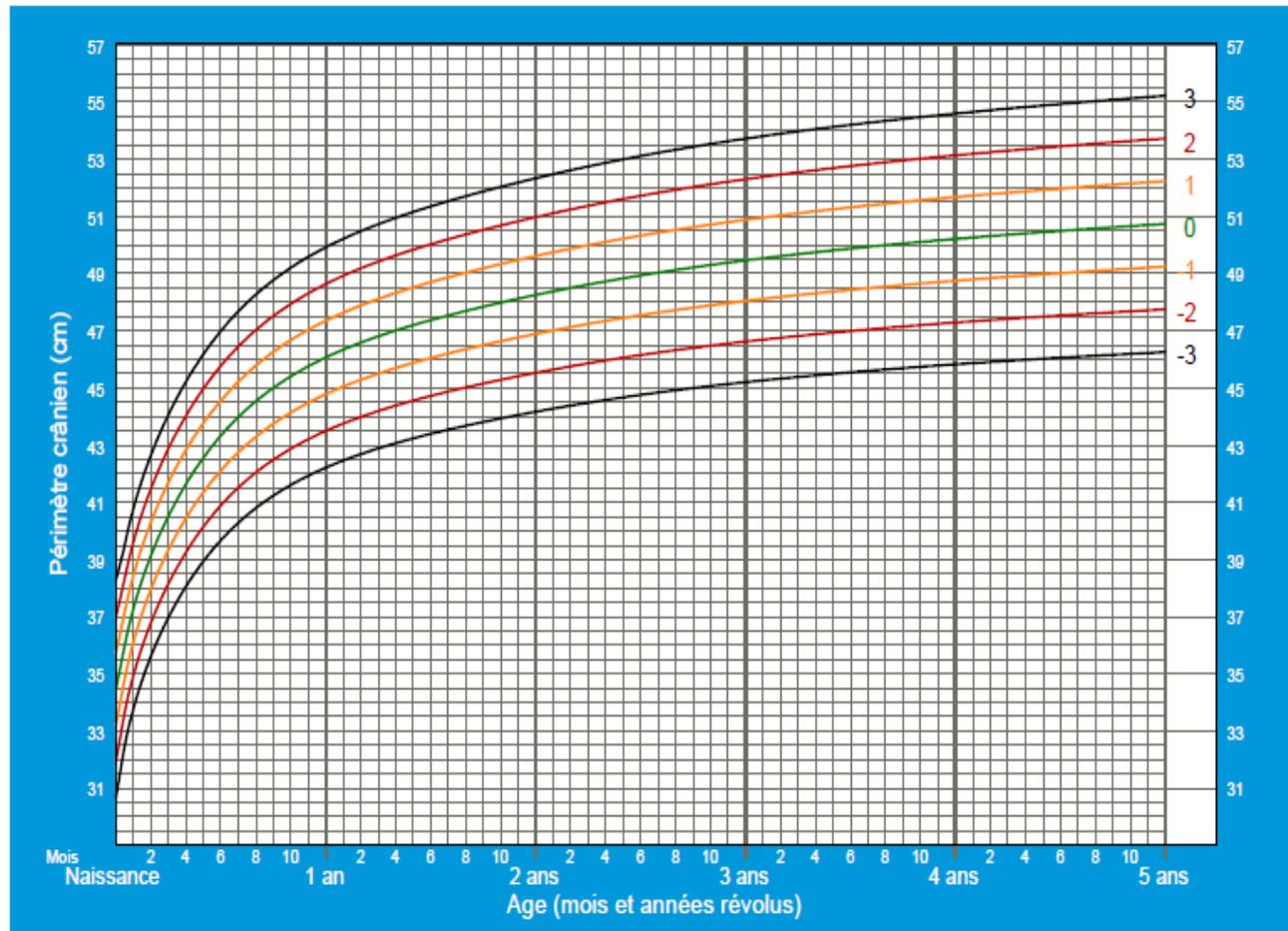


Normes OMS de croissance de l'enfant

Périmètre crânien selon l'âge Garçon

Périmètre crânien-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

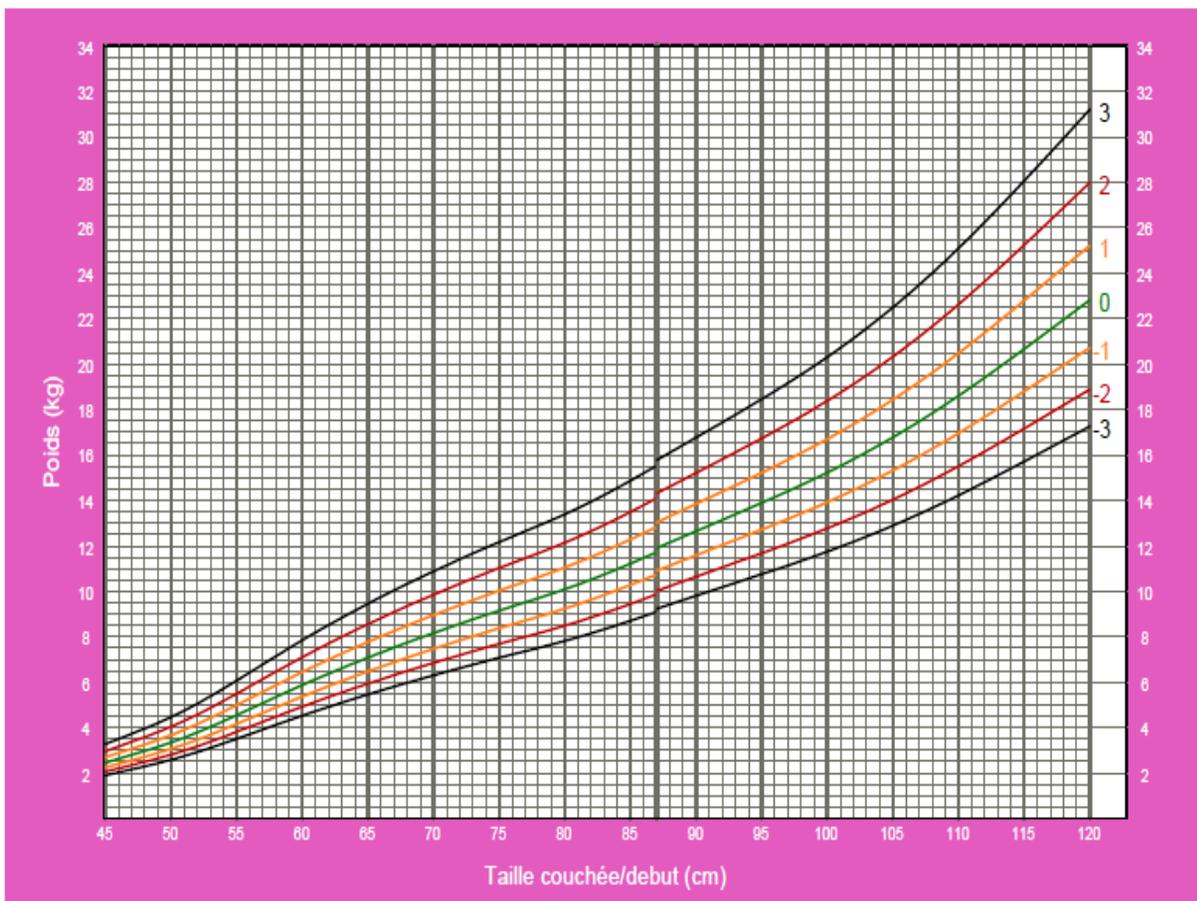


Normes OMS de croissance de l'enfant

COURBE POIDS/ TAILLE EXPRIME EN ECART TYPES

Poids-pour-taille couchée/debout FILLES

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

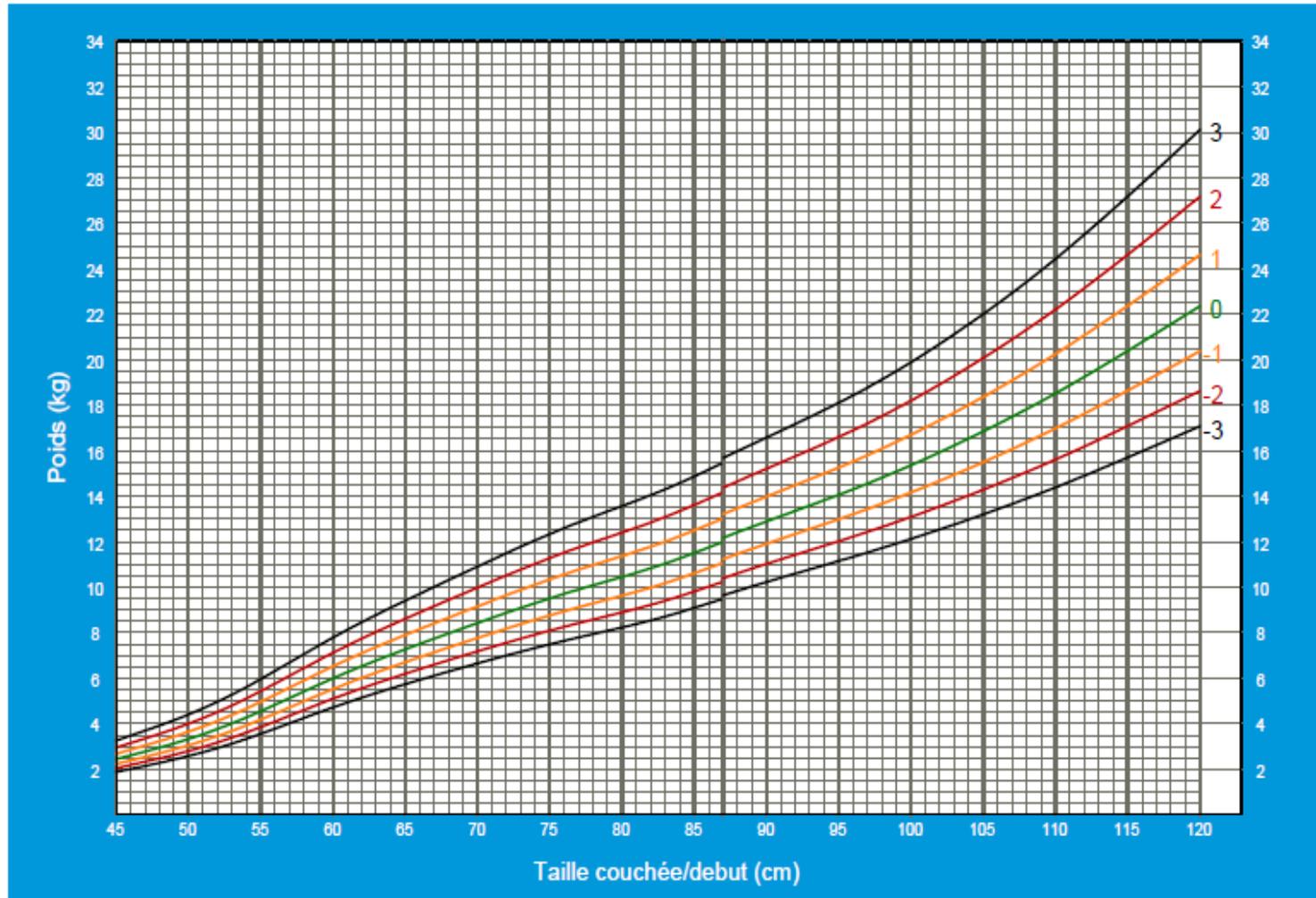


Normes OMS de croissance de l'enfant

COURBE POIDS/ TAILLE EXPRIME EN ECART TYPES

Poids-pour-taille couchée/debout GARÇONS

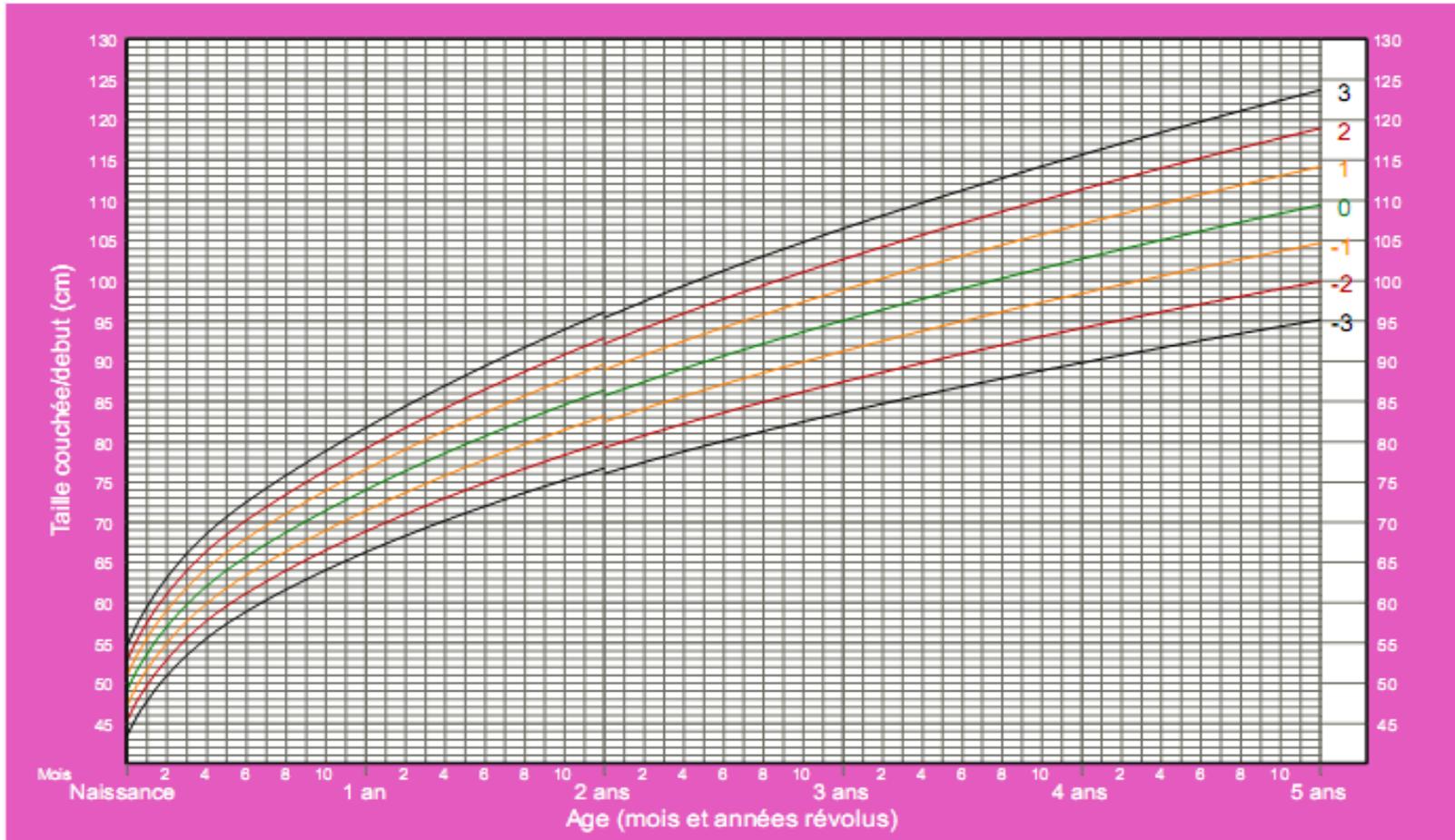
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Taille couchée/debout-pour-l'âge FILLES

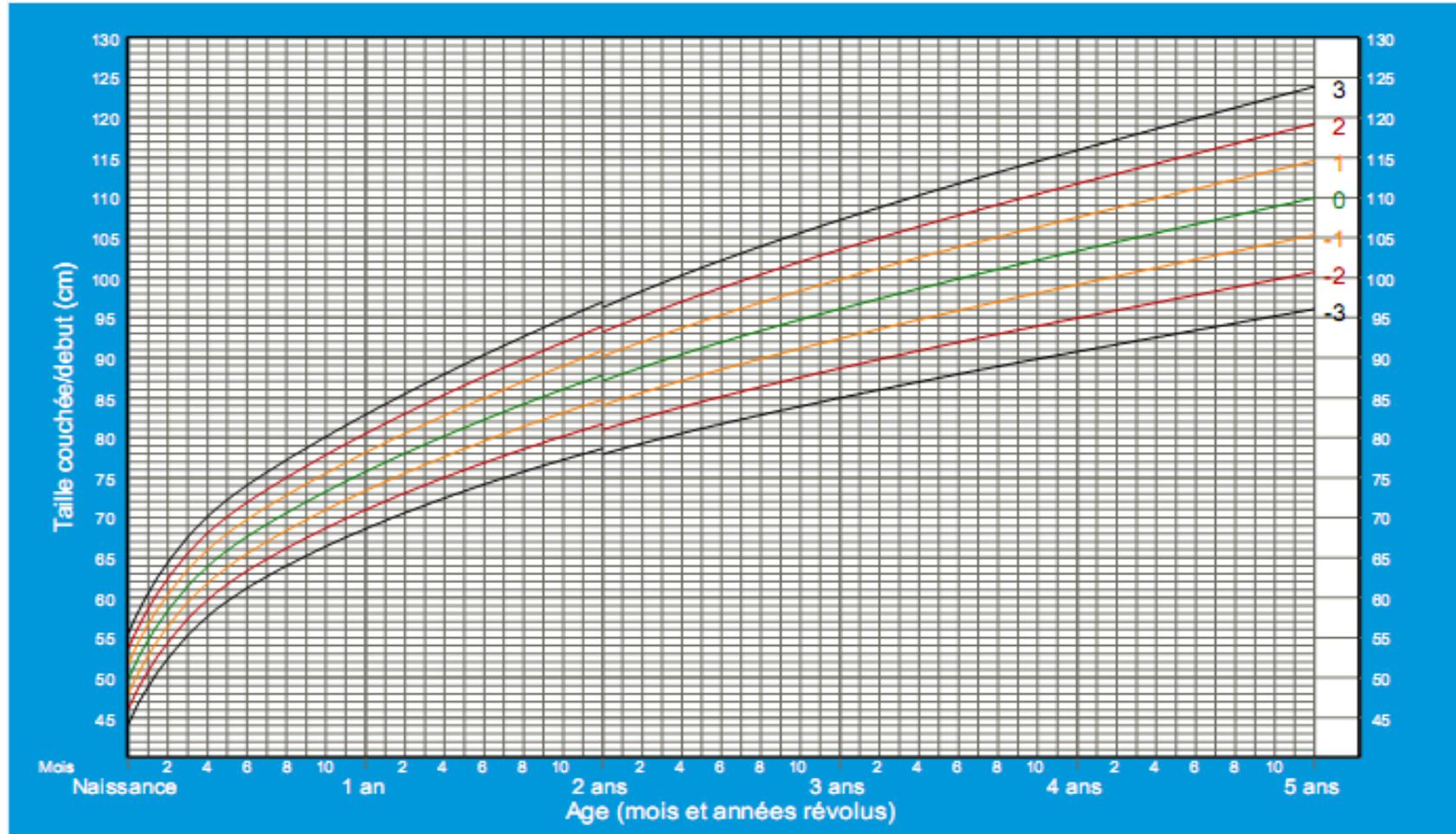
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Taille couchée/debout-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

VACCINATION MERE / ENFANT

NUMERO PEV

40

41

Doses Vaccins	1 ère dose		2 ème dose		3 ème dose		1 er rappel		2 eme rappel	
	date de RDV	date vaccination	date de RDV	date vaccination						
BCG										
VPO										
Hépatite B										
DTC-Hep B-Hib (Pentavalent)										
Anti Pneumococcique										
Rotarix										
VPI										
VAR										
VAA										
MEN AFRIVAC										
Typhim-Vi										
Toxoplasmose										
ROR										
Pneumo 23										
Autres:										
VAT Mère										

NB : MILDA à la première dose de VAR : MILDA reçue Oui () Non ()

TABLEAU DE SUPPLEMENTATION EN VIT A ET DE DEPARASITAGE DE L'ENFANT

	dose 1	dose 2	dose 3	dose 4	dose 5	dose 6	dose 7	dose 8	dose 9	dose 10
VIT A* (date)										
Mebendazole ou Albendazole** (date)										

Note:

* A partir de 6 mois et tous les 6 mois jusqu'à 5 ans

** A partir de 1 an et tous les 6 mois

CALENDRIER DE VACCINATION ET DE SUPPLEMENTATION PEV SYSTEMATIQUE

Enfants

A la naissance	BCG + Polio Zéro (P0)
A 6 semaines	DTC1-HepB1-Hib1+ VP0 1+ Pneumo 1+ Rotarix 1
A 10 semaines	DTC2- HepB2-Hib2+ VP0 2+ Pneumo 2+ Rotarix 2
A 14 semaines	DTC3-HepB3-Hib3+ VP0 3+ Pneumo 3+ VPI
A 6 mois	Vit A 100 000 UI
A 9 mois	Rougeole (VAR) 1 + Fièvre jaune (VAA)
A 12 mois	MEN AFRIVAC + Albendazole ou Mébendazole + Vit A 200 000 UI
De 16 à 23 mois	VAR 2
A 18 Mois	Vit A 200 000 UI

Autour des foyers d'épidémie, une deuxième dose de vaccin Rougeole est destinée aux enfants ayant reçu la première dose avant l'âge de 9 mois

Femmes de 15 à 45 ans

VAT 1	au premier contact ou le plus tôt possible lors de la grossesse
VAT 2	Quatres semaines après VAT 1
VAT 3	6 mois après VAT 2 ou lors d'une grossesse ultérieure
VAT 4	1 an après le VAT 3 ou lors d'une grossesse ultérieure
VAT 5	1 an après le VAT 4 ou lors d'une grossesse ultérieure

NOURRISSEZ BIEN VOTRE ENFANT
Recommandations alimentaires pour l'enfant malade ou en bonne santé

A la naissance	De 0 à 6 mois	De 6 mois à 12 mois	De 12 mois à 24 mois	
				<p>Recommandations pour l'alimentation de l'enfant malade.</p> <p>Si votre enfant est malade, nourrissez-le en fonction des recommandations correspondant à son groupe d'âge fournies dans les colonnes précédentes. Donnez-lui aussi davantage de liquides (allaitez-le plus si l'enfant est nourri au sein) et encouragez-le à manger en lui proposant des aliments tendres, variés ainsi que ses aliments préférés. Après la maladie, nourrissez-le plus souvent que d'habitude et encouragez-le à manger davantage.</p> <p>DIARRHÉE PERSISTANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'il est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et plus longtemps, jour et nuit. • Si l'enfant consomme un autre lait: <ul style="list-style-type: none"> - remplacer ce lait en augmentant l'allaitement au sein OU - remplacer ce lait par des produits laitiers fermentés, tels que le lait caillé OU - remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi-solides très nutritifs. - Pour les autres aliments, suivre les recommandations pour l'alimentation de l'enfant selon son âge.
<p>Tenir votre nouveau-né peau contre peau juste après la naissance. Ceci maintiendra votre bébé au chaud, l'aidera à trouver le sein facilement, et vous aidera à créer un lien affectif entre vous et votre bébé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commencer l'allaitement dans la première heure suivant la naissance. L'allaitement immédiat aide le bébé à apprendre à têter quand le sein est encore souple, et aide à réduire vos saignements. • Le premier lait jaunâtre et épais, est bon pour votre bébé. • Il aide à protéger votre bébé contre les maladies et aide à éliminer les premières selles noirâtres. • Allaiter fréquemment aide votre lait à couler et à assurer une abondance de lait maternel. • Ne pas donner d'eau ou d'autres liquides à votre bébé pendant les premiers jours après la naissance. Le lait maternel couvre tous les besoins du nourrisson. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allaiter à la demande, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures. • Vider un sein avant de passer à l'autre à chaque tétée. • Ne donner que le lait maternel, Ne pas donner de l'eau, ni d'autres aliments, pendant les 6 premiers mois de votre bébé. (eau de bain, eau de boisson, infusion de plantes médicinales, beurre de karité, beurre de vache, jus de citron ou d'orange). • Même pendant les périodes de forte chaleur, le lait maternel éteindra la soif de votre bébé. • Le fait de donner autre chose à votre bébé diminuera sa succion et réduira la quantité de lait maternel que vous produisez. • L'eau, d'autres liquides et aliments peuvent rendre le bébé malade. • Vous pouvez donner des médicaments s'ils sont recommandés par l'agent de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer d'allaiter votre bébé à la demande jour et nuit. Allaiter d'abord avant de donner d'autres aliments. • Le lait maternel fournit la moitié (1/2) des besoins énergétiques du bébé de 6 à 12 mois. • Donner des aliments complémentaires à votre bébé 3 fois (6-9 mois) à 4 fois (9-12 mois) par jour • Augmenter progressivement la quantité d'aliments donnés à l'enfant. • La consistance des aliments devrait être assez épaisse pour que le bébé puisse être alimenté à la main. Donner des aliments familiaux écrasés/ réduits en purée. A 8 mois votre bébé peut commencer à manger des goûters. • Commencer par les aliments de base comme la bouillie (maïs, blé, riz, mil, pommes de terre, sorgho), purée de légumes (courge, patate, carotte, pomme de terre, banane, tomate, feuilles vertes....). Essayer de donner une variété d'aliments à chaque repas. Par exemple : aliments de base (céréales, racines et tubercules); légumineuses et graines; aliments d'origine animale (viande, oeufs et produits laitiers); les fruits et légumes riches en vitamine A et tous les autres fruits et légumes (orange, banane, mangue, melon, papaye,...). • Alimentation active/adaptée aux besoins: <ul style="list-style-type: none"> - Le bébé peut avoir besoin de temps pour s'habituer à manger des aliments autres que le lait maternel. - Être patient et encourager activement votre bébé à manger. - Ne pas forcer votre bébé à manger. - Utiliser un plat séparé pour alimenter le bébé pour s'assurer qu'il ou elle mange toute la nourriture donnée. 	<p>Continuer d'allaiter votre bébé à la demande le jour et la nuit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le lait maternel couvre environ un tiers (1/3) des besoins énergétiques du nourrisson de 12 à 24 mois. • La fréquence: Donner à votre nourrisson des aliments complémentaires 5 fois par jour. • Augmenter la quantité d'aliments. • L'épaisseur: Donner les aliments familiaux coupés en petits morceaux, des goûters, et des aliments coupés en tranches • Essayer d'intégrer une variété d'aliments à chaque repas. Par exemple : aliments d'origine animale (chair animale, oeufs et produits laitiers) ; les aliments de base (les céréales, racines et tubercules) ; les légumineuses et les graines ; les fruits et légumes riches en vitamine A et tous les autres fruits et légumes. 	

* Quand vous donnez des aliments complémentaires, penser à : la fréquence, la quantité, la consistance, la variété, l'alimentation active/adaptée aux besoins et l'hygiène

Supplémentation en Poudre de Vitamines et de Sels minéraux (MNPs)

#	Date Visite	Nombre de sachets reçus (1 boîte)	Moustiquaire Imprégnée d'insecticides Oui/Non	Observations (Effets positifs constatés, acceptabilité, effets secondaires, nombre de sachets consommés, fièvre, enfant dans un Programme CREN)
1	__/__/__			
2	__/__/__			
3	__/__/__			
4	__/__/__			
5	__/__/__			
6	__/__/__			
7	__/__/__			
8	__/__/__			

Donner à la mère les conseils suivants à chaque visite: Continuer l'allaitement, Donner une alimentation de complément variée à l'enfant. Si fièvre NE PAS donner MNPs et amener immédiatement l'enfant au centre de santé. Ne pas donner à un enfant qui prend du PPN ou du Plumpy Doz

#	Date Visite	Nombre de sachets reçus (1 boîte)	Moustiquaire Impregnée d'insecticide Oui/Non	Observations (Effets positifs constatés, acceptabilité, effets secondaires, nombre de sachets consommés)
9	__/__/__			
10	__/__/__			
11	__/__/__			
12	__/__/__			
13	__/__/__			
14	__/__/__			
15	__/__/__			
16	__/__/__			
17	__/__/__			
18	__/__/__			

Donner à la mère les conseils suivants à chaque visite: Continuer l'allaitement, Donner une alimentation de complément variée à l'enfant. Si fièvre NE PAS donner les MNPs et amener immédiatement l'enfant au centre de santé. Ne pas donner à un enfant qui prend du PPN ou du Plumpy Doz

