

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULALAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME
HOSPITALIERE

CARNET DE SANTE

Nom

Prénom

Né(e) le

CARNET DE SANTE

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____

Sexe _____

Adresse _____

Commune _____

Wilaya _____

N° Téléphone _____

Mère

Nom

Prénom

Née le

Profession

Groupe sanguin

Rhésus

Incompatibilité : rhésus oui non / ABO oui non

Isoimmunisation oui non

Exposition à risque : - rayonnements médicaux : oui non

- médicaments : oui non si oui lesquels

Tabagisme oui non

Père

Nom

Prénom

Née le

Profession

Groupe sanguin

Rhésus

Tabagisme oui non

Antécédents personnels et familiaux

Mariage consanguin oui non

Degré de consanguinité

PHASE PRECONCEPTIONNELLE

Bilan préconceptionnel :

	Date	résultat
Toxoplasmose		Positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/>
Rubéole		Positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/>
Hépatite virale B		Positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/>
syphilis		Positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/>
CMV		Positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/>
VIH		Positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/>
Hémoglobine		
Plaquettes		
Glycémie		
ferritinémie		

- **Toxoplasmose** : si résultat négatif faire un contrôle mensuel
- **Rubéole** : si résultat négatif vacciner la femme sous contraception de 3 mois
- **Acide folique** : supplémentation 2 mois avant la grossesse et jusqu'à 12 semaines de gestation
- **Supplémentation ferrique** si hémoglobine <11 g/dl
- Eviter l'exposition au tabagisme actif et passif
- Compléter la vaccination au DT selon le calendrier en page

PHASE GESTATIONNELLE ET NAISSANCE

- Antécédents médicaux et obstétricaux
- Suivi prénatal
- Dépistage et suivi des grossesses à risque
- Vaccination DT de la mère
- Accouchement

Antécédents

Cycle menstruel : régulier irrégulier

Poids (g) _____ Taille (cm) _____

- Médicaux et chirurgicaux

- Diabète
- HTA
- Cardiopathie
- Pathologie vasculaire thromboembolique
- Pathologie immunologique
- Autres : _____

- Gynécologiques (préciser)

- Familiaux :

- Malformations (préciser) _____
- Diabète
- HTA
- Autres : _____

Antécédents obstétricaux

Nombre de gestations _____

Nombre de parité _____

Nombre de césariennes _____

Ordre gestationnel	Date de l'événement	Suivi de la grossesse	Age de la grossesse (semaines)	Etat de la grossesse (N° vivante, DCD, MIU, grossesse arrêtée)	sexe	Poids de naissance

**Vaccination antitétanique
et antidiphthérique de la mère**

تلقیح الأم ضد الكزاز والخناق

DT	intervalle minimum	Date	N° Lot	Signature & Cachet
التلقیح ضد الكزاز والخناق	الحد الأدنى	تاریخ	رقم الكمية	الختم والتوقيع
1	au 1 ^{er} contact في اللقاء الأول			
2	4 semaines après le DT 1 4 أسابيع بعد التلقیح الأول			
3	6 mois après le DT2 6 أشهر بعد التلقیح الثاني			
4	1 an après le DT3 ou lors de la prochaine grossesse سنة بعد التلقیح الثالث			
5	1 an après le DT4 ou lors de la prochaine grossesse سنة بعد التلقیح الرابع			

- Il n'y a pas de délai maximum entre les doses.
- Il n'existe pas de contre-indication à la vaccination.
- Une maman vaccinée protège son nouveau-né contre une maladie grave, le tétanos.

- لا توجد مدة قصوى ما بين هذه الجرعات.
- لا يوجد مانع من استعمال هذه التلقیحات.
- تحمي الأم ولدها من مرض الكزاز بالتلقیح.

VISITES PRENATALES

- Date des dernières règles.....Terme échographique :
- Date d'accouchementterme corrigé

Dates des visites	Age gestationnel	Pds	TA	Hauteur utérine	MAF	BCF	Examen du col	Observation
Première visite 11-12 semaines								
Deuxième visite 22-24 semaines								
Troisième visite 33-36 semaines								
Quatrième visite > 37 semaines								
autres visites								

En cas de grossesse à risque voir calendrier de suivi page

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

	Première visite	Deuxième visite	Troisième visite	Quatrième visite	Autres visites
Date					
Age gestationnel (semaines)					
Bilan sanguin - Glycémie - Urée - Hémoglobine - Plaquettes					
Sérologies - Rubéole - Toxoplasmose - Syphilis					
Bilan urinaire - ECBU - Chimie des urines					
Frottis cervicovaginal					
Autres : Hépatite virale B, C					

Comptes rendus échographiques

Echographie du premier trimestre

Date de l'examen	Age gestationnel	Examen fait par	Résultat

Echographie du deuxième trimestre

Date de l'examen	Age gestationnel	Examen fait par	Résultat

Echographie du troisième trimestre

Date de l'examen	Age gestationnel	Examen fait par	Résultat

Synthèse et prise en charge

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi de grossesse à risque

Préciser le type de pathologie

Date	Age gestationnel	Résumé de l'examen

Patiente référée à.....

Résultat référent

Suivi de grossesse à risque

Préciser le type de pathologie

Date	Age gestationnel	Résumé de l'examen

Patiente référée à.....

Résultat référent

Compte rendu d'accouchement

Lieu :

- Hôpital
 - Polyclinique
 - Clinique privée
 - Domicile
-

Type d'accouchement

par voie normale par voie normale dirigé par amniotomie

Mode d'accouchement

par voie normale Forceps césarienne

Liquide amniotique

clair teinté méconial hémorragique purulent

Terme

a terme prématuré post mature

Délivrance

Naturelle dirigée artificielle si complications (préciser)
.....

Sérum anti D (préciser date et heure d'administration)

NAISSANCE
ET PERIODE NEONATALE

EXAMEN DU NOUVEAU NE EN SALLE DE NAISSANCE

Date/Heure _____ **Nom du praticien** _____

Poids (g)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)	Age gestationnel (semaines)

Sexe : Masculin Féminin Ambiguïté sexuelle

Administration de la vitamine K oui non

Administration de collyre oui non

Score d'Apgar 1 minute 5 minutes 10 minutes

Cri immédiat oui non

Réanimation oui non

-Type de réanimation

Aspiration oui non

Ventilation au masque oui non

Ventilation après intubation oui non

Massage cardiaque externe oui non

Adrénaline oui non

- Durée de la réanimation (minutes)

Malformation ano rectale oui non

Autres malformations évidentes oui non

Si oui type de malformation.....

Examen du cordon 2 A/1 V oui non

Cathétérisme des choanes oui non } A rechercher si signes
Cathétérisme de l'œsophage oui non } d'appel ‘

Collyre et vitK

Transfert oui non si oui motif de transfert

Modalité de transfertaccord du service d'accueil

Mère sous traitement :

mise au sein doit se faire dans l'heure qui suit la naissance

EXAMEN DU NOUVEAU NE LE PREMIER JOUR DE VIE

Avant la sortie de la maternité

Date/Heure

Nom du praticien

Mode d'alimentation

maternel

artificiel

mixte

Examen systématique

Emission urine et méconium	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Attitude en quadriflexion	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Ictère	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Retour en flexion de MS et MI*	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Paleur	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Epreuve du tiré –assis normale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Hémorragie cutanéomuqueuse	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Epreuve de redressement	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Fontanelles normales	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	mobilité normale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
dysmorphie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réaction aux stimuli sonores	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
fente labiale et/ou palatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Grasping réflexe	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
yeux et paupières normaux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Allongement croisé	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
souffle cardiaque	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réflexe de Moro	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
hépatomégalie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	paralysie du plexus brachial	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
splénomégalie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	autres anomalies	
pouls fémoraux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
contact lombaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
globe vésical	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
organes génitaux normaux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
imperforation anale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
hanches normales	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
pieds et mains normaux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

*MS et MI : membres supérieurs et membres inférieurs

conclusion :

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

Prescriptions :

.....

- Si le nouveau né est hospitalisé il faut faire figurer ces hospitalisations dans les pages «hospitalisations »
- Dépistage des maladies métaboliques entre 3-5 jours de vie

VISITES SYSTEMATIQUES

- VISITES SYSTEMATIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 0-5 ANS
- VISITES SYSTEMATIQUES EN MILIEU EDUCATIF

VISITES SYSTEMATIQUES DE
L'ENFANT DE MOINS DE 0-5 ANS

VISITE SYSTEMATIQUE DANS LES 8 jours

Poids (g)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)	T°C	FC	FR

Mode d'alimentation : maternel artificiel mixte

Examen clinique

Rechercher :

Ictère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pâleur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffle cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pouls fémoraux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Luxation de la hanche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Fontanelles :

Autres :

.....

.....

.....

Examen neurologique

Attitude en quadriflexion oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Retour en flexion de MS et MI oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Epreuve du tiré –assis normale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Epreuve de redressement oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> mobilité normale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Réaction aux stimuli sonores oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Tonus axial normal oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Grasping réflexe oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Allongement croisé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Réflexe de Moro oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> paralysie du plexus brachial oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> autres anomalies
--	--

conclusion :

.....

.....

.....

.....

Si le nouveau né est hospitalisé il faut faire figurer ces hospitalisations dans les pages «hospitalisations »

VISITE SYSTEMATIQUE A 1 MOIS

Date/Heure

Nom du praticien

Poids(g)	(DS)	Taille(cm)	(DS)	PC(cm)	(DS)	Age corrigé si prématurité

Mode d'alimentation

Allaitement maternel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Allaitement mixte	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	pourquoi.....
Allaitement artificiel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	pourquoi.....

Examen clinique

Rechercher :	
Ictere persistant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Souffle cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pouls fémoraux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Luxation de la hanche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type de prise en charge :
Ectopie testiculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen des fontanelles	
Autres :	
.....	
.....	
.....	

Développement psychomoteur

Tiens sa tête quelques secondes au « tiré assis »	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Décolle un peu sa tête en position ventrale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Grasping réflexe	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Accroche le regard	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Réagit au bruit (hochet)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Conclusion
.....
.....
.....

VISITE SYSTEMATIQUE A 3 MOIS

Date/Heure

Nom du praticien

Poids(g)	(DS)	Taille(cm)	(DS)	PC(cm)	(DS)	Age corrigé si prématurité

Mode d'alimentation

Allaitement maternel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allaitement mixte	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allaitement artificiel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Examen clinique

Rechercher :		
Souffle cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ectopie testiculaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Luxation de la hanche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Examen des fontanelles		
Anomalies oculaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres anomalies:		
.....		
.....		

Développement psychomoteur

Tenue de la tête	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tourne la tête vers une source sonore	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préhension au contact	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vocalise (gazouillis)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sourire réponse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Suit des yeux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Conclusion
.....
.....
.....

VISITE SYSTEMATIQUE A 6 MOIS

Date/Heure

Nom du praticien

Poids(g)	(DS)	Taille(cm)	(DS)	PC(cm)	(DS)

Mode d'alimentation

Allaitement maternel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allaitement mixte	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allaitement artificiel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diversification alimentaire correcte*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Examen clinique

Rechercher :		
Examen des fontanelles		
Souffle cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ectopie testiculaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cicatrice BCG	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Apparition des premières incisives inférieures	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		

Développement psychomoteur

Assis avec appui	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Retournement dos ventre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préhension palmaire grossière	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tourne la tête à l'appel de son prénom	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Monosyllabe (da-ba-ma)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si anomalie auditive faire PEA		

Conclusion
.....
.....
.....

*Voir calendrier nutritionnel page.....

**voir page

VISITE SYSTEMATIQUE A 9 MOIS

Date/Heure

Nom du praticien

Poids(g)	(DS)	Taille(cm)	(DS)	PC(cm)	(DS)

Mode d'alimentation

Allaitement maternel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allaitement mixte	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allaitement artificiel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diversification alimentaire correcte*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Examen clinique

Apparition des premières incisives supérieures	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Développement psychomoteur

Station assise sans appui	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Roule sur lui même	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Station debout avec appui	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préhension pouce index supérieure	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Syllabes répétées (dada-papa-mama)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Langage gestuel (tape des mains, dit au revoir)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Peur du visage étranger	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si trouble auditif faire PEA***		

Conclusion	
.....	
.....	
.....	

* voir calendrier nutritionnel page

** voir page

*** PEA potentiels évoqués auditifs

VISITE SYSTEMATIQUE A 12 MOIS

Date/Heure

Nom du praticien

Poids(g)	(DS)	Taille(cm)	(DS)	<i>IMC*</i>	<i>PC(cm)</i>

Mode d'alimentation

Allaitement maternel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allaitement mixte	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allaitement artificiel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diversification alimentaire (correcte*)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Examen clinique

.....

.....

.....

.....

.....

.....

dentition**

Développement psychomoteur

Debout sans appui ou marche seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préhension fine pouce index	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Jette un objet présenté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dit deux mots signifiants (en dehors de papa maman)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Comprend un ordre simple	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Conclusion

.....

.....

.....

* voir calendrier nutritionnel..

VISITE SYSTEMATIQUE A 18 MOIS

Date/Heure

Nom du praticien

Poids(g)	(DS)	Taille(cm)	(DS)	PC(cm)	(DS)

Diététique correcte*

Oui Non

Examen clinique

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

Développement psychomoteur

Peut courir mais il tombe très souvent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Monte l'escalier avec aide	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Construit une tour de deux cubes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sait tenir sa cuillère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8 à 10 mots significatifs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Peut combiner deux mots	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Dépistage précoce des troubles envahissants du développement *voir guide

Conclusion.....
.....
.....

*voir calendrier nutritionnel page ...

*dentition.....

VISITE SYSTEMATIQUE A 24 MOIS

Date/Heure

Nom du praticien

Poids(g)	(DS)	Taille(cm)	(DS)	PC(cm)	(DS)

Diététique correcte*

Oui Non

Dentition*

Examen clinique

.....

.....

.....

.....

.....

Développement psychomoteur

Peut Courir

Monte et descend l'escalier marche par marche Oui Non

Tape dans un ballon Oui Non

Ouvre et ferme une porte Oui Non

Construit une tour de 6 à 8 cubes Oui Non

fait des phrases de 3 mots Oui Non

Peut manger seul **Oui** **Non**

Reconnaît les différentes parties de son corps Oui Non

Propreté diurne Oui Non

Conclusion

.....

.....

.....

*voir calendrier nutritionnel

***dentition**

VISITE SYSTEMATIQUE A 4 ans

Date/Heure

Nom du praticien

Poids(g)	(DS)	Taille(cm)	(DS)	PC(cm)	(DS)

Diététique correcte*

Oui Non

Examen clinique

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

Développement psychomoteur et cognitif

Court	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Descend l'escalier en alternant les pieds	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mange seul proprement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Construit une tour de dix cubes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Comprend différentes formes de mesure (Poids, taille, longueur)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Conclusion
.....
.....
.....

*voir calendrier nutritionnel

VISITE SYSTEMATIQUE A 5 ans

Date/Heure

Nom du praticien

Poids(g)	(DS)	Taille(cm)	(DS)	PC(cm)	(DS)

Examen clinique

.....

.....

.....

.....

.....

Développement psychomoteur et cognitif

Court avec aisance	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sait compter jusqu'à 20 et plus	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Peut écrire certaines lettres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
S'oriente dans le temps (hier, demain) et l'espace (devant, derrière)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Raconte des histoires sur ce qu'il vit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autonomie totale (s'habille seul)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Conclusion

.....

.....

.....

VISITES SYSTEMATIQUES
EN MILIEU SCOLAIRE

Examen médical

Nom du médecin

Classe	Date	Age	Poids	Taille	Tension Artérielle	Acuité Visuelle	Résumé de l'examen

Examen buccodentaire

Nom du Dentiste

Date	Résumé de l'examen

Examen médical

Nom du médecin

Classe	Date	Age	Poids	Taille	Tension Artérielle	Acuité Visuelle	Résumé de l'examen

Examen buccodentaire

Nom du Dentiste

Date	Résumé de l'examen

ENFANT MALADE

- Consultations
- Hospitalisations
- Actes chirurgicaux

Consultations Médicales

Nom du médecin

Date de la visite	Age Année / Mois ou Semaines	Mesures				Motif de la visite et résumé de l'examen
		P	T	PC	IMC	

Consultations Médicales

Nom du médecin

Date de la visite	Age Année / Mois ou Semaines	Mesures				Motif de la visite et résumé de l'examen
		P	T	PC	IMC	

Consultations Médicales

Nom du médecin

Date de la visite	Age Année / Mois ou Semaines	Mesures				Motif de la visite et résumé de l'examen
		P	T	PC	IMC	

Consultations Médicales

Nom du médecin

Date de la visite	Age Année / Mois ou Semaines	Mesures				Motif de la visite et résumé de l'examen
		P	T	PC	IMC	

Consultations Médicales

Nom du médecin

Date de la visite	Age Année / Mois ou Semaines	Mesures				Motif de la visite et résumé de l'examen
		P	T	PC	IMC	

Consultations Médicales

Nom du médecin

Date de la visite	Age Année / Mois ou Semaines	Mesures				Motif de la visite et résumé de l'examen
		P	T	PC	IMC	

Consultations Médicales

Nom du médecin

Date de la visite	Age Année / Mois ou Semaines	Mesures				Motif de la visite et résumé de l'examen
		P	T	PC	IMC	

Consultations Médicales

Nom du médecin

Date de la visite	Age Année / Mois ou Semaines	Mesures				Motif de la visite et résumé de l'examen
		P	T	PC	IMC	

VACCINATIONS

Le calendrier Vaccinal (Arrêté du 15 juillet 2007)

Carnet de Santé

4 الدفتر الصحي

Age السن	Vaccins التلقيح	Contre ضد
A la naissance عند الولادة	B.C.G POLIO ORAL HBV (1)	TUBERCULOSE - POLIOMYELITIS HEPATITE VIRALE B (1) السل - الشلل - التهاب الكبد الفيروسي ب (1)
1 mois شهر	HBV (2)	HEPATITE VIRALE B (2) التهاب الكبد الفيروسي ب (2)
3 mois أشهر	D.T. CoqHib POLIO ORAL	DIPHTERIE - TETANOS الحمى - الكزاز - السعال الديكي - الشلل COQUELUCHE - POLIOMYELITIS 1ère DOSE HAEMOPHILUS INFLUENZAE b حمى قملوس الأنفلونزا ب
4 mois أشهر	D.T. CoqHib POLIO ORAL	DIPHTERIE - TETANOS - الكزاز - الحمى السعال الديكي - الشلل COQUELUCHE - POLIOMYELITIS 2ème DOSE HAEMOPHILUS INFLUENZAE b حمى قملوس الأنفلونزا ب
5 mois أشهر	D.T. CoqHib POLIO ORAL HBV (3)	DIPHTERIE - TETANOS - COQUELUCHE الحمى - الكزاز - السعال الديكي POLIOMYELITIS HEPATITE VIRALE B (3) الشلل - الحمى الثالثة ضد التهاب الكبد الفيروسي ب (3) 3ème DOSE HAEMOPHILUS INFLUENZAE b حمى قملوس الأنفلونزا ب
9 mois أشهر	ANTIROUGEOLEUX	الحصبة ROUGEOLE
18 mois شهر	D.T. CoqHib POLIO ORAL	DIPHTERIE - TETANOS - الكزاز - الحمى السعال الديكي - الشلل COQUELUCHE - POLIOMYELITIS RAPPEL HAEMOPHILUS INFLUENZAE b حمى قملوس الأنفلونزا ب
6 ans سنة	D.T. enfant POLIO ORAL ANTIROUGEOLEUX	DIPHTERIE - TETANOS - الكزاز - الحمى الشلل - الحصبة - POLIO
11/13 ans سنة	D.T. adulte POLIO ORAL	DIPHTERIE - TETANOS - POLIOMYELITIS الكزاز - الشلل - الحمى للبالغين
16/18 ans سنة	D.T. adulte POLIO ORAL	DIPHTERIE - TETANOS - POLIOMYELITIS الكزاز - الشلل - الحمى للبالغين
Tous les 10 ans à partir de 16 ans	D.T. adulte	DIPHTERIE - TETANOS الحمى - الكزاز للبالغين

Un enfant bien vacciné est un enfant protégé

Autres vaccinations	تلقيحات أخرى
----------------------------	---------------------

Vaccin contre التلقيح ضد	Date تاريخ	Numéro du lot رقم الكمية	Signature/Cachet الختم/التوقيع

Sérothérapie	علاج بالأمصال
---------------------	----------------------

Sérums الأمصال	Date تاريخ	Numéro du lot رقم الكمية	Signature/Cachet الختم/التوقيع

N'oubliez pas d'apporter le carnet de santé à chaque consultation.
Assurez-vous que le compte-rendu de chaque consultation est bien
inscrit sur les pages réservées à cet effet.

لا تنسوا ابدا إصطحاب الدفتر الصحي عند كل إستشارة وتأكدوا من أنه
يحتوي على خلاصة الإستشارة في المكان المخصص.

CONSEILS

RELATIONS PARENTS - ENFANTS

- ❖ Eviter de laisser votre bébé Seul et longtemps face à la télévision ou l'ordinateur.
- ❖ Parlez lui calmement, chaleureusement aussi souvent que possible et pas seulement lorsqu'il a faim ou avant de dormir.
- ❖ Chantez-lui et racontez-lui des petites histoires.
- ❖ N'oubliez pas de jouer avec lui.
- ❖ A trois ans donnez-lui des tâches simples à exécuter (par exemple ranger ses jouets) pour qu'il acquière progressivement le sens des responsabilités.
- ❖ Fixer lui des règles simples et ayez des exigences raisonnables.
- ❖ Tenez compte de ses peurs et de ses craintes : Evitez de le confronter brusquement aux situations qui lui font peur, par exemple : l'excès de bruit, le manège, la foule, la mer.
- ❖ Confiez-le toujours à des personnes proches qu'il connaît.
- ❖ Parlez-lui des changements de situations par exemple : un déménagement.

LA VACCINATION PROTEGE VOTRE ENFANT, ELLE EST OBLIGATOIRE ET GRATUITE

- Il faut vacciner votre bébé dès sa naissance aux vaccins BCG ; Polio Oral et l'hépatite Virale B.
- Il faut continuer à vacciner votre enfant jusqu'à l'âge scolaire selon le calendrier national des vaccinations
 - la vaccination n'est pas contre indiquée en cas :
 - une fièvre modérée (ne dépassant pas les 38,5°)
 - une infection des voies aériennes supérieures,
 - une diarrhée légère (ne dépassant 3 selles par jour)
 - la malnutrition
 - une dermatose
 - la prématurité
 - une maladie aiguë préoccupante contre indique temporairement la vaccination
 - toute réaction de type anaphylactique survenue lors d'une vaccination est une contre indication a la poursuite de la vaccination par le type de vaccin incrimine
 - les associations vaccinales

Les associations consistent à administrer le même jour plusieurs vaccins au niveau de sites différents. Les associations vaccinales sont possibles et indispensables compte tenu du nombre de vaccins à administrer et de la nécessité de simplifier les programmes de vaccination. Elles sont aussi efficaces que l'administration individuelle de chaque antigène.

- intervalles entre les vaccinations

Un intervalle minimum d'un mois doit être respecté entre deux doses successives d'un même vaccin afin de permettre une bonne réponse immunitaire.

A titre exceptionnel un intervalle plus large peut être toléré entre les prises d'un même vaccin. En cas de retard de vaccination, il est recommandé de compléter les injections manquantes selon le schéma du calendrier national vaccinal et non de recommencer une vaccination complète. Il faut reprendre la vaccination là où elle a été interrompue.

POUR QU'UNE VACCINATION SOIT EFFICACE, IL EST IMPERATIF QUE LA VACCINATION DE BASE SOIT COMPLETE LE PLUS PRECOCEMENT POSSIBLE.

DIARRHEE

- **donner a boire de l'eau contenant des sels de réhydratation orale (SRO) un litre d'eau bouillie et refroidie pour un sachet de SRO**
- **poursuivre l'allaitement et l'alimentation.**
- **donner si vous le désirez une soupe de carotte ou de riz, mais n'oubliez pas que ce qui compte le plus ce sont les SRO.**
- **si la diarrhée persiste, si l'enfant ne boit pas, s'il vomit tout ce qu'on lui donne, consulter un médecin.**

LES MESURES DE SOUTIEN DANS LES IRA

- **Maintenir l'enfant dans de bonnes conditions thermiques :**
 - ◆ Eviter les écarts de température
 - ◆ Couvrir légèrement l'enfant en cas de fièvre
 - ◆ Langes humides sur le front, ventre et membres

- **Dégager le nez :**
 - ◆ **Lavages fréquents des fosses nasales :**
 - au sérum physiologique à 9 ‰ (ou à défaut préparer une solution « maison » à base de 2 à 3 cuillères à café de sel avec une *cuillère à café de bicarbonate dans 1 litre d'eau bouillie et refroidie*).

 - Les lavages ne se feront avec un compte gouttes qu'il faut laver après chaque utilisation.

 - ◆ **Aspiration des sécrétions**
 - avec une mouche bébé (mouchage volontaire chez l'enfant de plus de 3 ans)

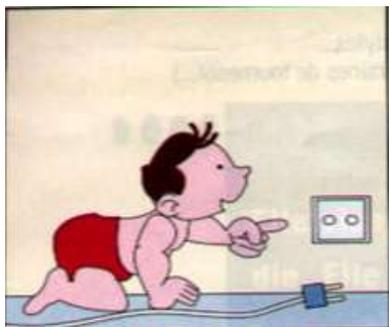
- **Pas de sirop contre la toux**

- **Prévenir la malnutrition :**
 - si l'enfant est au sein, poursuivre l'allaitement et augmenter la fréquence des tétées

 - chez l'enfant plus grand maintenir une ration calorique suffisante

- **Eviter la déshydratation :**
 - Par la prise supplémentaire de boissons (eau, tisane sucrée..)

LES PRINCIPAUX ACCIDENTS DOMESTIQUES



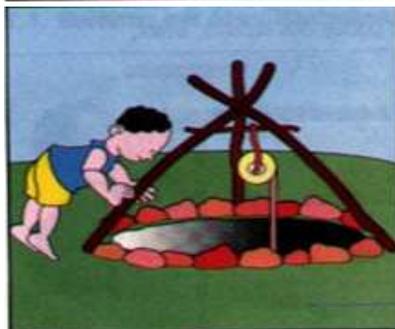
Brûlures électriques

- Mettre en place des cache-prises
- Débrancher immédiatement les appareils ménagers après usage(ex : fer à repasser)
- Ne pas laisser traîner les prolongateurs électriques (rallonges) branchés



Ingestion de produits caustiques

- Ranger les produits ménagers et les produits caustiques hors de portée des enfants
- Ne pas transvaser les produits chimiques dans d'autres emballages, surtout à usage alimentaire
- Rincer les bouteilles vides avant de la jeter



Noyade

- Ne pas laisser un enfant sans surveillance dans son bain
- Mettre les bassines d'eau hors de portée des enfants
- Couvrir les puits, surelever les margelles



Plantes

- Eliminer de la maison les plantes les plus toxiques
- Apprendre aux enfants à ne pas toucher aux plantes

HYGIENE

L'hygiène de la peau consiste à se laver chaque jour à l'eau et au savon, on utilisera de préférence des savons simples, sans parfum ni colorants (du type *savon de Marseille*). Une toilette quotidienne est recommandée.

➤ en l'absence d'eau courante recueillir et conserver l'eau dans des récipients propres et couverts.

➤ faire bouillir l'eau utilisée pour préparer la nourriture ou les boissons des enfants.

➤ javelliser l'eau à raison de 2 gouttes de javel par litre d'eau de boisson ou de lavage des légumes et des fruits.

Le lavage des mains est une assurance contre les infections

EDUCATION POUR LA SANTE BUCCODENTAIRE

L'hygiène bucco-dentaire commence à 1 an 1/2 avec l'aide des parents car les dents de lait peuvent être victimes de carie. Les vingt dents de lait apparaissent entre 6 et 30 mois.

➤	01 an , l'enfant a	—————→	08 dents
➤	01 an et demi l'enfant a	—————→	12 dents
➤	02 ans l'enfant	—————→	16 dents
➤	02 ans et demi l'enfant a	—————→	20 dents

1. Hygiène bucco dentaire

- Se brosser régulièrement les dents après les repas le matin et surtout le soir au moment du coucher pendant 3 minutes. Cet apprentissage doit se faire dès le plus jeune âge
- Changer la brosse à dents tous les 2-3 mois

2. Limiter les aliments trop sucrés

3. **Se rincer la bouche** avec de l'eau après grignotage ou une boisson sucrée entre les repas

4. **Il est vivement conseillé de consulter** un dentiste devant :

- **Un traumatisme d'une dent** de lait n'est pas à négliger, car il peut se répercuter sur le germe sous jacent de la dent permanente.
- **Un traumatisme** de la face, il faut consulter un chirurgien dentiste même en l'absence de douleur.

Sont à proscrire : Les bonbons du soir, les tétines, les biberons, les sucettes qui favorisent une déglutition infantile, par conséquent une mauvaise position de la langue, pouvant entraîner des anomalies dento faciales.

- **Un frein de la lèvre supérieure, épais ou trop près du bord gingival**
- **UN frein de la langue trop court ou trop épais**
- **Des dents définitives poussant en dehors ou en dedans du bord gingival**
- **L'existence entre les deux incisives centrales d'une dent surnuméraire de forme atypique**
- **En l'absence de toute anomalie apparente**

Dépistage des anomalies visuelles

	Chercher les signes qui doivent être présents	SIGNES D'APPEL
A la naissance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réaction de l'enfant à la lumière ou réflexe de clignement à la lumière forte 2. Réflexe photomoteur ou réflexe de constriction de la pupille à la présentation d'une stimulation lumineuse 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Globe oculaire sain mais comportement visuel anormal (absence ou diminution d'intérêt à la lumière, photophobie ou fuite devant la lumière...etc) 2. Malformations oculaires : <ul style="list-style-type: none"> -Paupières : ptosis, asymétrie des fentes palpébrales -Globe oculaire : microphthalmie ou buphtalmie (gros œil), cornée blanche, pupille blanche, pupilles de taille différente, strabisme, nystagmus
De 1 à 4 mois	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réflexe de défense 2. Suivi des objets mobiles par des mouvements saccadés (ex : attraction pour les visages humains) 3. Synergie des mouvements oculaires avec ceux des paupières et de la tête 4. Début de convergence (fixation d'un objet de près) 	<p>N.B : attention particulière chez les prématurés</p>
De 4 à 12 mois	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suivi des objets immobiles par des mouvements de moins en moins saccadés 2. Acquisition progressive de la convergence (fixation d'un objet de près) 3. Coordination œil main 4. Découverte du lointain 5. Mémoire visuelle 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Globe oculaire sain mais comportement visuel anormal : <ul style="list-style-type: none"> - Désintérêt pour les objets mobiles et/ou immobiles - Réaction de défense excessive à la fermeture d'un œil 2. Malformations oculaires : mêmes signes que précédemment <p>N.B : attention particulière chez les prématurés</p>

Dépistage des anomalies Auditives

	Un enfant qui entend bien	Les signes d'alerte
Naissance à 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sursaute face à un bruit fort Clignote des paupières en réponse aux bruits ou ouverture des yeux 	<p>Absence de réaction au bruit ou à la voix</p> <p>Importance du dépistage en période post natale</p>
3 à 4 mois	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recherche par le regard l'origine d'un son S'arrête de jouer pour écouter un nouveau son 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ne réagit pas à la voix ou à un bruit fort ○ Rechercher une surdité familiale
6 à 9 mois	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apprécie les jouets musicaux ➤ Gazouille, dit mama 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Appauvrissement du babil
12 à 15 mois	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Répond à son nom ➤ Comprend des ordres simples ➤ Dit 3 à 5 mots et imite des sons ➤ Recherche un bruit émis derrière lui (chuchotement) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Retard à l'acquisition des répétitions de syllabes, puis du langage ○ Ne réagit pas à la voix ni à l'appel de son nom
18 à 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fait des courtes phrases avec 2 à 3 mots 	<p>Rechercher une surdité familiale, des otites à répétition</p>
A partir de 36 mois	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fait des phrases simples de 4 à 5 mots ➤ Comprend 80% de ce qu'on lui dit <p>Comprend certains verbes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tout retard de langage doit faire rechercher un déficit auditif

Calendrier Nutritionnel De l'enfant de 0-2 ans

Age	Alimentation lactée	Diversification alimentaire
0-6 mois	Allaitement maternel exclusif à la demande ; commencer dès la première heure de vie	
6 mois	Maintenir l'allaitement maternel	Jus de fruit naturel* Purée de légumes à l'huile d'olive ou beurre à midi Introduction de protéines animales (viandes blanches, jaune d'œuf, poissons maigres)
7 mois	allaitement maternel	Introduire Au goûter : petit suisse* ou yaourt ou compote de fruits. La bouillie lactée de farine est facultative ; elle est Indiquée en cas d'hypotrophie
8 mois	allaitement maternel	Enrichir la purée de légumes avec protides d'origine animale (viande rouge)
9 mois	allaitement maternel	Ajouter un dessert avec des fruits mûrs* de saison
10 à 12 mois	allaitement maternel	La bouillie peut être remplacée par un verre de lait* ou un yaourt* avec des biscuits
A un an	allaitement maternel	Midi et soir participation aux repas familiaux sans épices Attention l'enfant a besoin de viande ou poisson ou œuf ou fromage à l'un des repas
Entre 1 et 2 ans	Si la mère a toujours du lait elle peut continuer à donner le sein Sinon Donner du lait à raison de ½ litre par jour	Exemple de menu type : Petit déjeuner: lait, biscuits, jus de fruits Midi : - purée de légumes avec huile d'olive ou beurre + viande de bœuf hachée ou en morceaux ou poulet ou poisson ou fromage ou un œuf dur entier - compote de fruits Goûter : 1 petit suisse* ou lait ou 1 yaourt* avec des biscuits Dîner : 1 soupe de légumes avec vermicelle ou riz ou semoule avec ou sans lait, plus beurre ou huile, 1 yaourt, Introduction des légumes secs

- Donner un nombre suffisant de repas
- Prévenir tout risque d'excès (sel, sucre, graisses animales) ou de carences dans la ration alimentaire de l'enfant.
- Ne pas sevrer l'enfant brusquement
- Donner beaucoup de liquides en saison chaude
- Eviter les fritures
- Eviter le grignotage entre les repas.

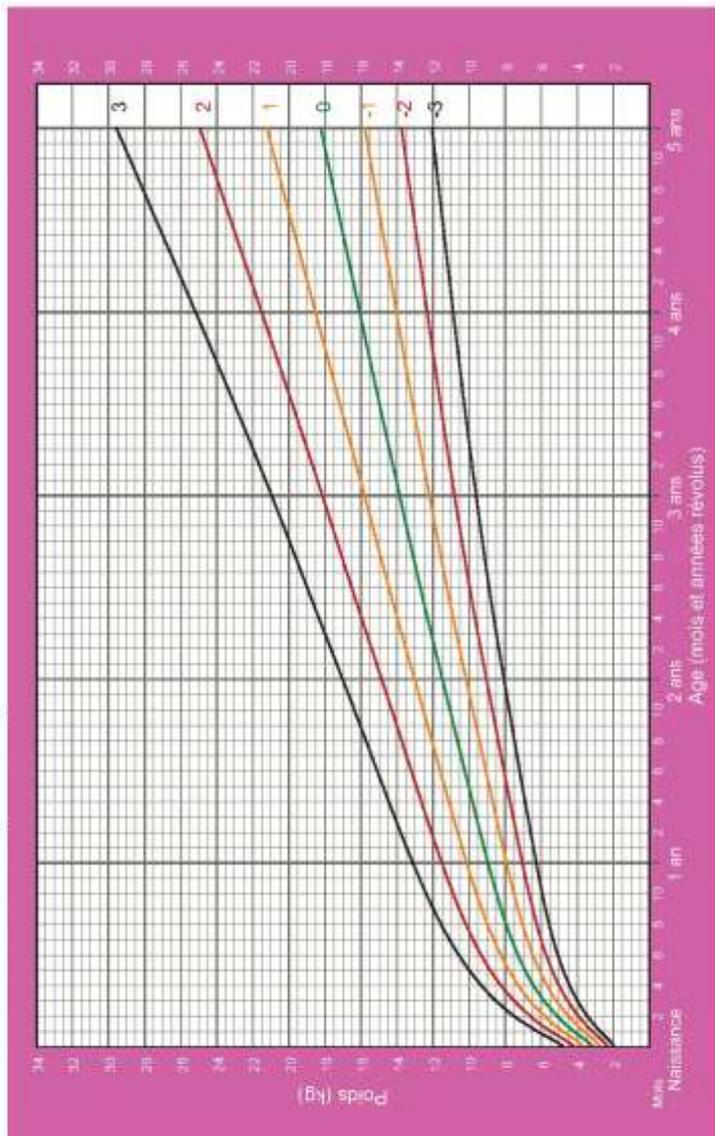
Les Courbes de croissance

1. Courbe Poids/ Age pour Filles
2. Courbe Taille/ Age pour Filles
3. Courbe Poids/ Taille Filles
4. courbe de l'IMC / Age Filles
5. courbe du Périmètre crânien/ Age Filles

6. Courbe Poids/Age Garçons
7. Courbe Taille/Age Garçons
8. Courbe Poids/Taille Garçons
9. courbe de l'IMC/Age Garçons
10. courbe du Périmètre crânien/ Age Garçons

Poids-pour-l'âge FILLES

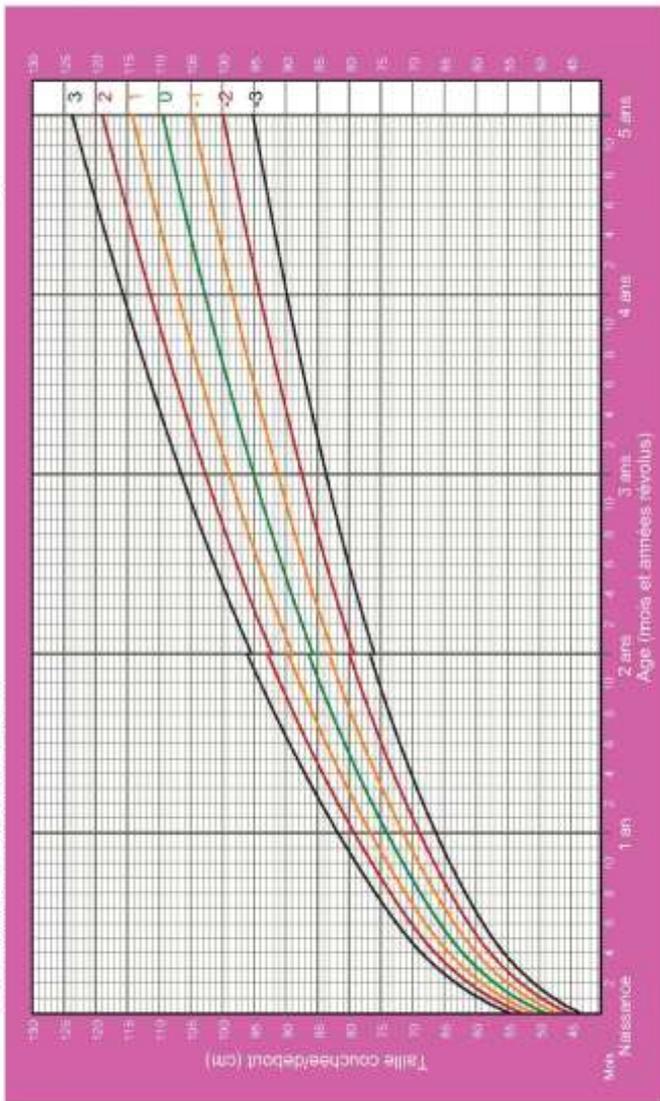
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Taille couchée/debout-pour-l'âge FILLES

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Poids-pour-taille debout FILLES

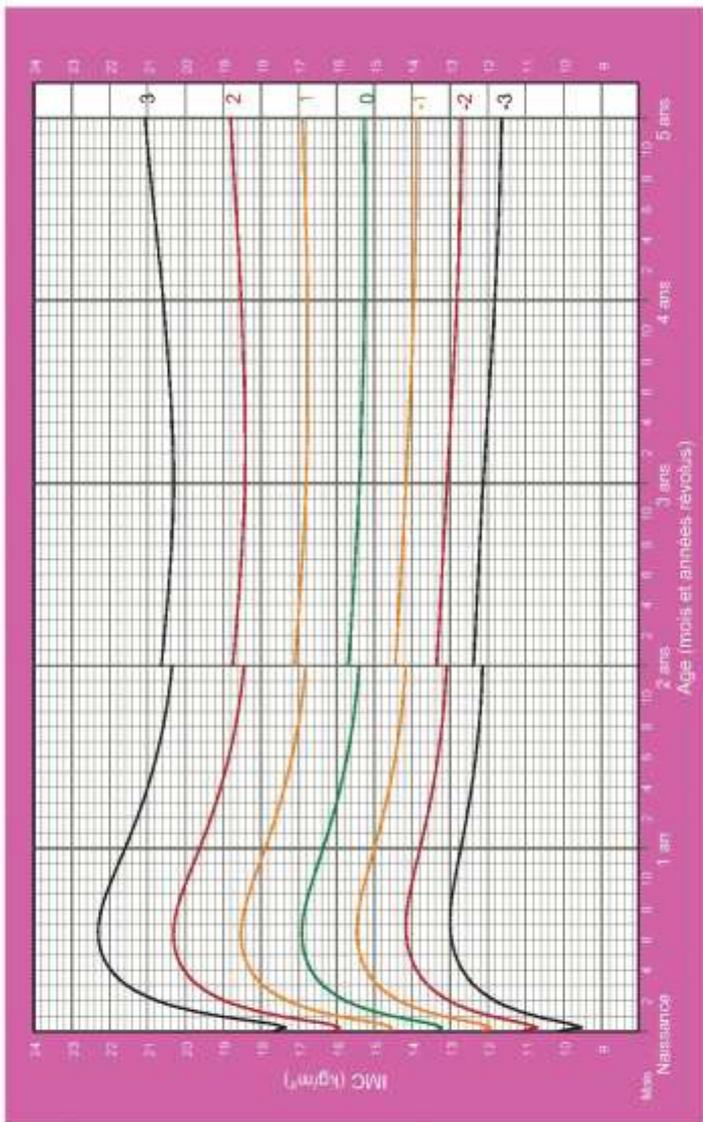
De 2 à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

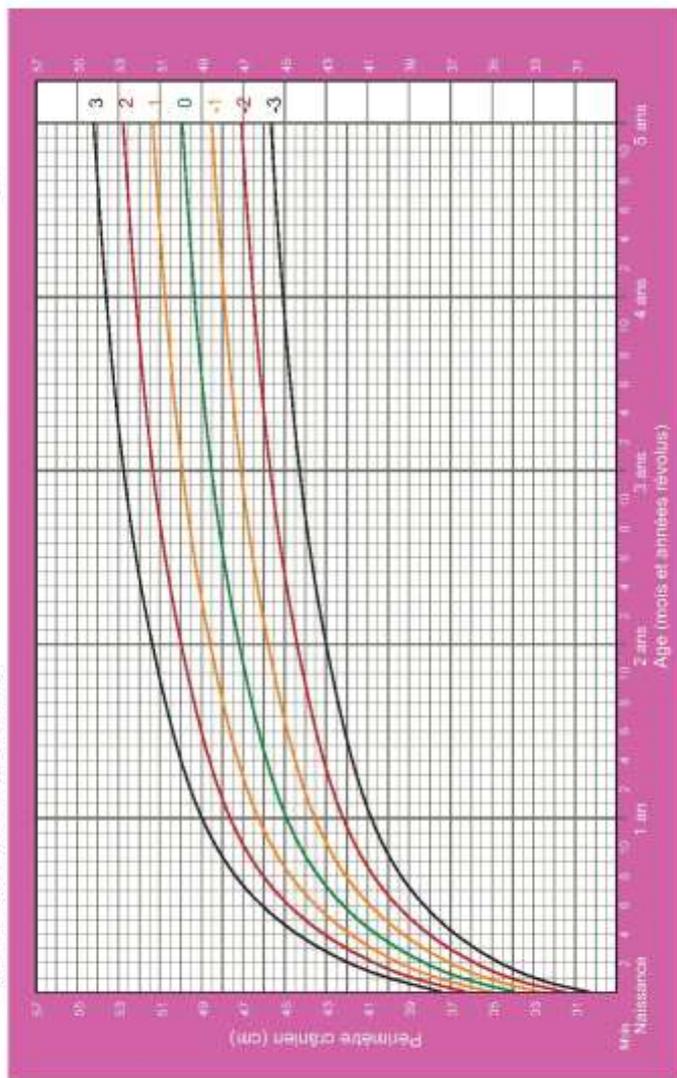
IMC-pour-l'âge FILLES

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Périmètre crânien-pour-l'âge FILLES

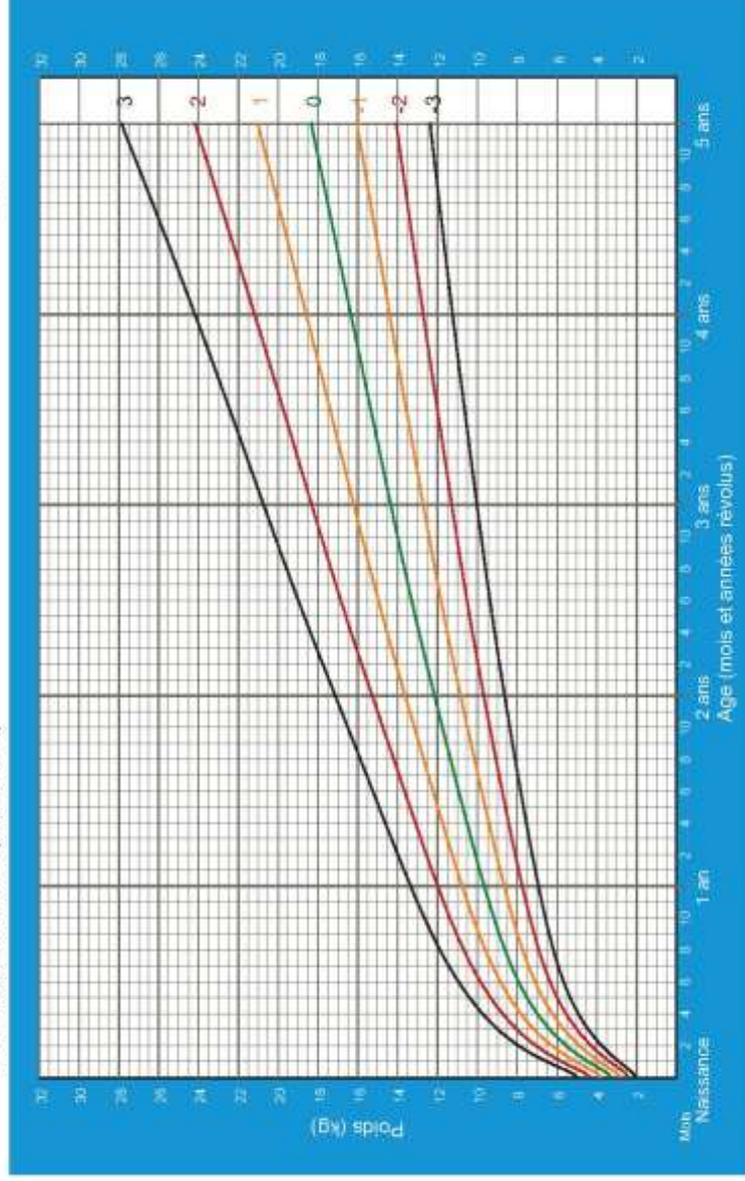
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Poids-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

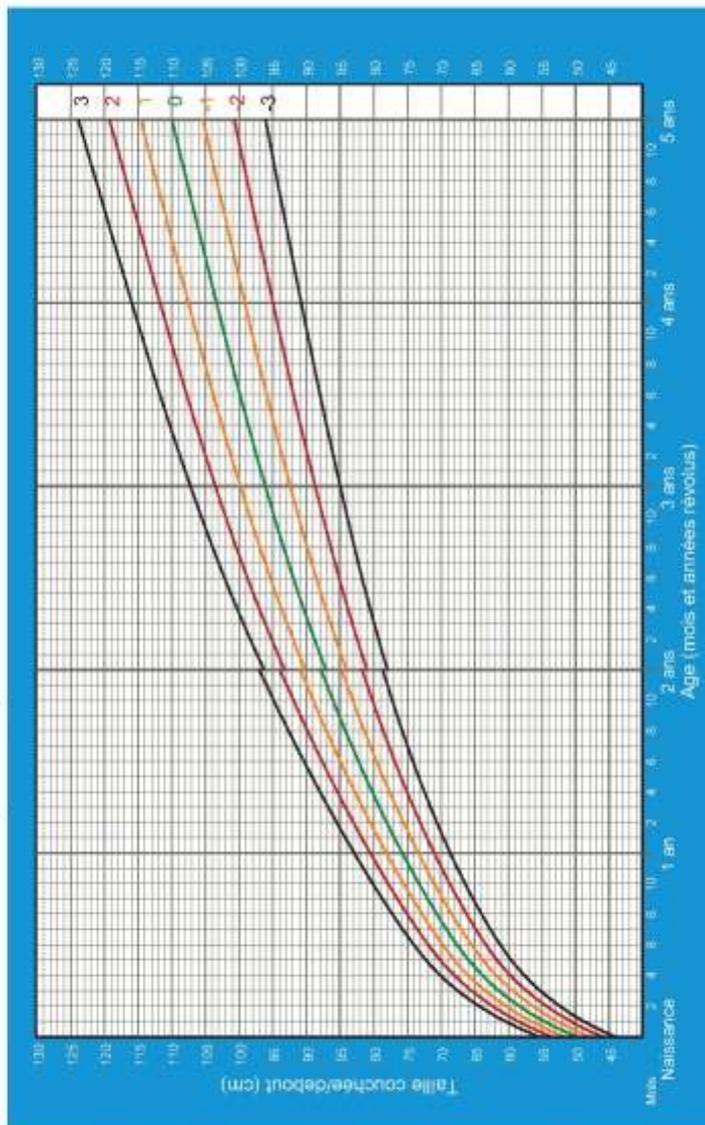


Normes OMS de croissance de l'enfant

Taille couchée/debout-pour-l'âge GARÇONS



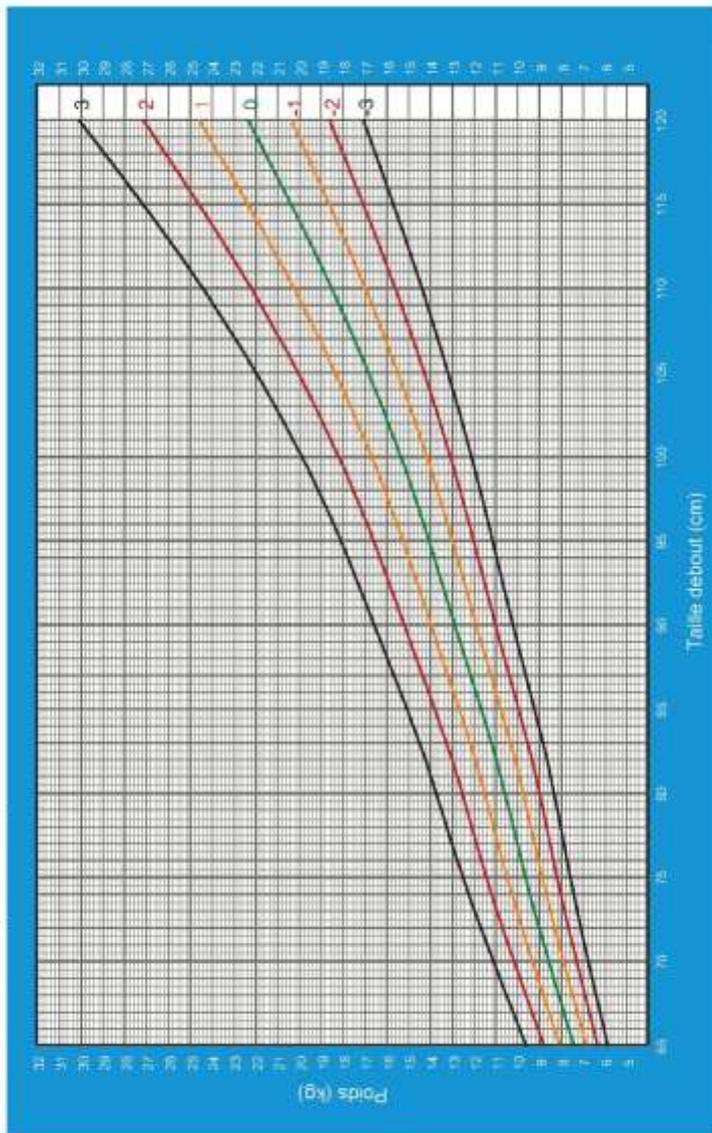
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Poids-pour-taille debout GARÇONS

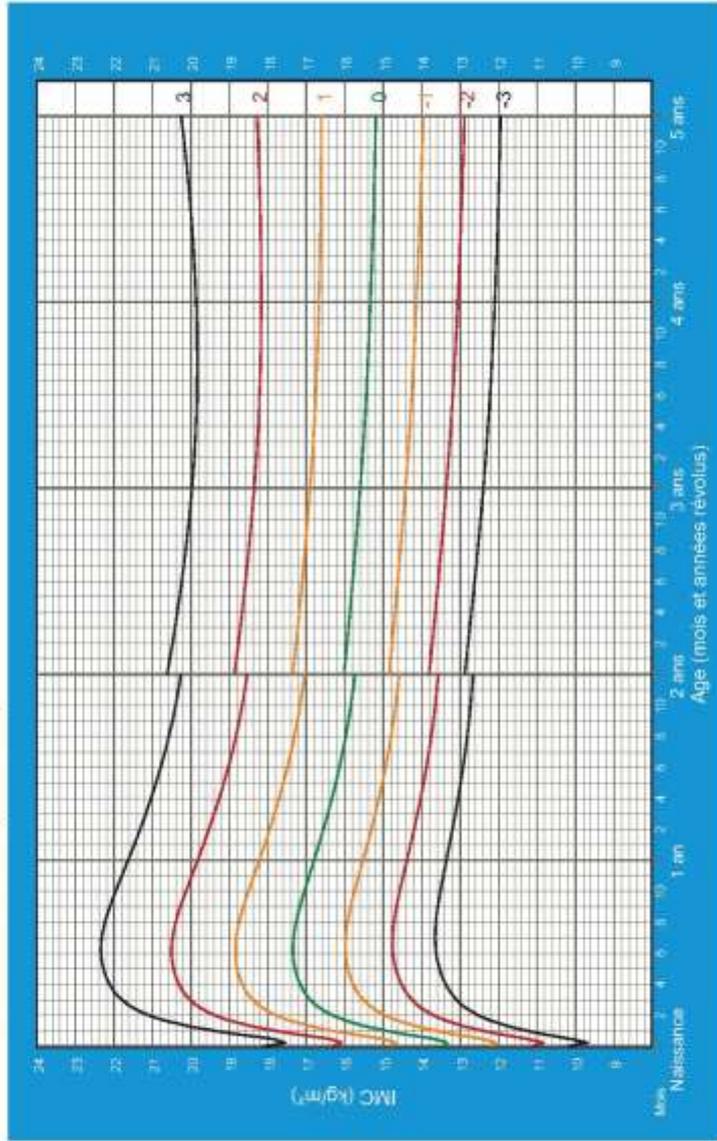
De 2 à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

IMC-pour-l'âge GARÇONS

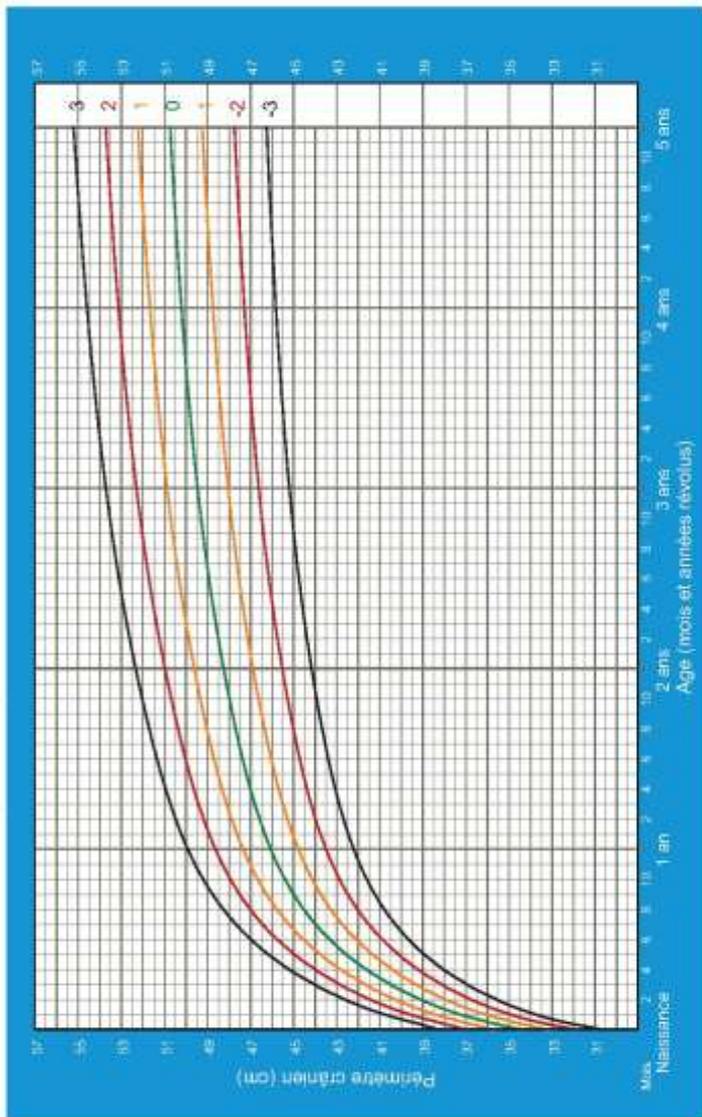
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes, OMS de croissance de l'enfant

Périmètre crânien-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant