

REPUBLIQUE GABONAISE
Union-Travail-Justice

MINISTRE DE LA SANTE



**CARNET DE SANTE
MERE-ENFANT**

NOM ET PRENOM DE LA MERE: _____

Region sanitaire _____

Structure sanitaire _____ N°: _____

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT: _____

N°: _____

LE CARNET DE SANTE MERE-ENFANT,
C'EST UN DOCUMENT ESSENTIEL,
C'EST L'HISTOIRE DE LA VIE DE L'ENFANT.

LE GARDER PRECIEUSEMENT
C'EST LE GRAND CADEAU POUR L'ENFANT,
C'EST LE TEMOIGNAGE D'AMOUR DE MAMAN POUR SON ENFANT



CE CARNET EST UN DOCUMENT CONFIDENTIEL
COUVERT PAR LE
SECRET MEDICAL

IL NE PEUT ETRE UTILE QU'A DES FINS MEDICALES
IL VOUS APPARTIENT DE LE PRESENTER AU PERSONEL DE
SANTE DES VOTRE PREMIERE CONSULTATION DE GROSSESS

EN CAS DE PERTE, IL DOIT ETRE RENDU A L'ADRESSE SUIVANTE :

SURVEILLANCE MEDICALE

DE LA MATERNITE

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 de ses suites

L'état du nouveau-né

L'état de santé de l'enfant jusqu'à 19 ans

CONSEILS IMPORTANTS

PROTEGER VOTRE GROSSESE, C'EST DEJA PROTEGER VOTRE ENFANT



POUR L'ACCOUCHEMENT EN TOUTE SECURITE

La loi a prévu au moins quatre examens au cours de la grossesse au 3^e, 6^e et 8^e mois dans les quinze jours précédant l'accouchement.

L'agent de santé qui vous reçoit a besoin de connaître vos antécédents et certaines conditions de vie qui peuvent agir sur la grossesse. Vous devez faire les visites prénatales et le bilan prénatal. Ils sont gratuits.

Une grossesse mal surveillée peut conduire à un accouchement prématuré ou difficile, susceptible de compromettre la vie de votre enfant ou de provoquer chez lui des infirmités définitives.

Même si vous croyez être en parfaite santé, faites-vous examiner régulièrement. Si vous êtes très jeune ou au contraire, relativement âgé, si vous avez déjà eu des grossesses nombreuses ou compliquées, des accouchements prématurés.

Ou difficiles, la surveillance doit être renforcée et les examens supplémentaires faits.

Pensez apporter tous les documents médicaux vous concernant pour la visite

De même l'agent de santé doit connaître tous les événements survenus pendant votre grossesse et particulièrement pendant les premières semaines.

Il faut lui signaler toute situation anormale : fièvre, maladie, accident, prise de médicaments.

Faites-vous accompagner par votre partenaire le père de l'enfant aux visites, si possible



CONSEILS PRATIQUES

Faire la préparation mentale, physique et financière.

Portez des vêtements qui ne serrent ni ne compriment, un bon soutien-gorge.

Faites un peu d'exercice, une promenade quotidienne est recommandée. Pour votre bien et celui de votre enfant, évitez de vous fatiguer inutilement ou excessivement, surtout dans les derniers mois de la grossesse.

Remettez à plus tard les gros efforts, les voyages fatigants qui peuvent être dangereux.

Évitez les écarts de régime, l'alcool, les cigarettes qui sont nocifs pour votre enfant.

Ne prenez pas de médicaments sans l'avis de votre médecin ou sage-femme, même ceux dont vous avez peut-être l'habitude.

PROMOTION DE LA SANTE

VIH/SIDA

Le VIH se transmet de la mère à l'enfant :

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



La P.T.M.E (Transmission Mère-Enfant) 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, y compris les centres S.M.I.

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



LUTTER CONTRE LE PALUDISME

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

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

Prendre au moins 2 doses de SulfadoxinePyriméthamie(SP) pendant la grossesse ;

Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action

IST (Infections Sexuellement Transmissibles)

Les IST peuvent être transmis pendant la grossesse, si la femme enceinte ne se fait pas traiter, son bébé peut être contaminer. 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.

ANEMIE

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 au moment ou après l'accouchement une naissance prématurée de l'enfant avec un faible poids.

Pour éviter l'anémie, il faut bien manger c'est-à-dire avoir une alimentation riche équilibrée et prendre des médicaments prescrits par l'agent de santé pendant la grossesse et même après l'accouchement.

LES SIGNES DE DANGER PENDANT LA GROSSESSE

Si vous constatez l'un des signes suivants au cours de la grossesse, rendez-vous vite au centre de santé le plus proche.

Saignement vaginaux ;

Respiration difficile ;

Fièvre avec ou sans frissons ;

Douleurs abdominales ou pelviennes graves ;

Violents maux de têtes/ vision trouble / vertiges
/ bourdonnements d'oreille ;

Gonflement des doigts, du visage et des jambes;

Convulsions/ pertes de conscience ;

Douleurs au dos et au fond de l'utérus avant 8
mois ;



Pertes avec du sang ;
Ecoulement des eaux



Tout signe anormal pendant la grossesse!!



LES SIGNES D'ACCOUCHEMENT

Si vous constatez les signes d'accouchement suivants :

Maux de ventre et de dos réguliers ;

Glaire striée de sang (bouchon muqueux) Préparez-vous à aller à la maternité.

PENSEZ A ALLAITER VOTRE ENFANT

Le lait de la mère est le meilleur, il est parfaitement adapté aux besoins de l'enfant.

Allaiter est un acte naturel qui crée entre la mère et son enfant des liens affectifs privilégiés. Allaiter votre enfant dans l'heure qui suit l'accouchement le plus longtemps possible.



VISITE POSTE NATALE

C'est la consultation qui permet de suivre la santé de la femme après l'accouchement.

Elle permet également d'examiner en même temps le bébé: il faut les faire à la 6^e heures, au 6^e jour et à la 6^e semaine ces visites te sont recommandées.

N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE VACCINER VOTRE ENFANT

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

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 nous le décidons de l'être. »

Et pour protéger la santé de la femme, éviter ;

Grossesse précoce (moins de 18 ans)

Grossesse agée (plus 40 ans)

Grossesse rapprochée (grossesse moins d'un an après l'accouchement) Grossesse multiple (plus 5 accouchements) Quelques

méthodes de PF :

Préservatif

Pilule

Injectable

Implants

D.I.U



suis



MESSAGE AU PERE

Papa consultez le carnet de santé et accompagnez votre femme à la visite, cela lui fera plaisir et le bébé sentira également ces émotions de

bonheur. 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.



RENSEIGNEMENTS UTILES

RENSEIGNEMENTS SUR LA MERE

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (Tel) :

Profession :

Lieu de travail :

Nom et prénom des parents pour les mineurs:.....

.....

Adresse (Tel) :.....

Autres renseignements nécessaires :.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE LA MERE

NFS :.....
Groupe sanguin Rhésus:.....
Sérologie de la syphilis :.....
Electrophorèse de l'hémoglobine :.....
.....
Sérologie des hépatites virales B et C:
.....
Sérologie rétro virale HIV fait le
Autres examens:.....

RENSEIGNEMENTS UTILES

RENSEIGNEMENTS SUR LE PERE

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse (Tel) :
Profession :
Lieu de travail :
Nom et prénom des parents pour les mineurs:.....
.....
Adresse(Tel):.....
Autres renseignements nécessaires :.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DU PERE

NFS :.....
Groupe sanguin Rhésus :.....
sérologie de la syphilis :.....

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX ET GYNECOLOGIQUES

Nombre de grossesses : Nombre d'accouchements prématurés :

Enfants actuellement vivants : Antécédents de stérilité :

Nombre d'avortements : Autres pathologies gynécologiques :

Nombre d'enfants décès.....

Rang Des grossesses	Année	Avortement	Prématuré	A terme	Poids de naissance	Sexe	Incidents	Vivant	Mort-né	1ère semaine	1er mois	Après 1er mois
1												
2												
3												
4												
5												

MALADIES FAMILIALES

Incompabilité Rhésus : Potentielle ou Acquisie Maladie

génétiques – Autres maladies transmissibles :

Prédispositions familiales :

VACCINATIONS ANTITETANIQUES

1ère dose Le _____

4e dose

Le _____

2e dose Le _____

5e dose

Le _____

3e dose Le _____

GROSSESSE DECLAREE

Date : le

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

DATE DU DEBUT DES DERNIERES REGLES :

DATE DU DEBUT DE LA GROSSESSE :

TERME PREVU D'ACCOUCHEMENT :

BILAN PRENATAL

Test de grossesse Echographie

.....

Groupe sanguin rhésus

.....

NFS (signifie la Numération Formule Sanguine)

.....

Recherche d'agglutinines Électrophorèse de l'hémoglobine

EXAMENS SEROLOGIQUES

Syphilis Hépatite

B.....

Toxoplasmose Hépatite C

.....

.....

Rubéole.....

HIV fait le

.....

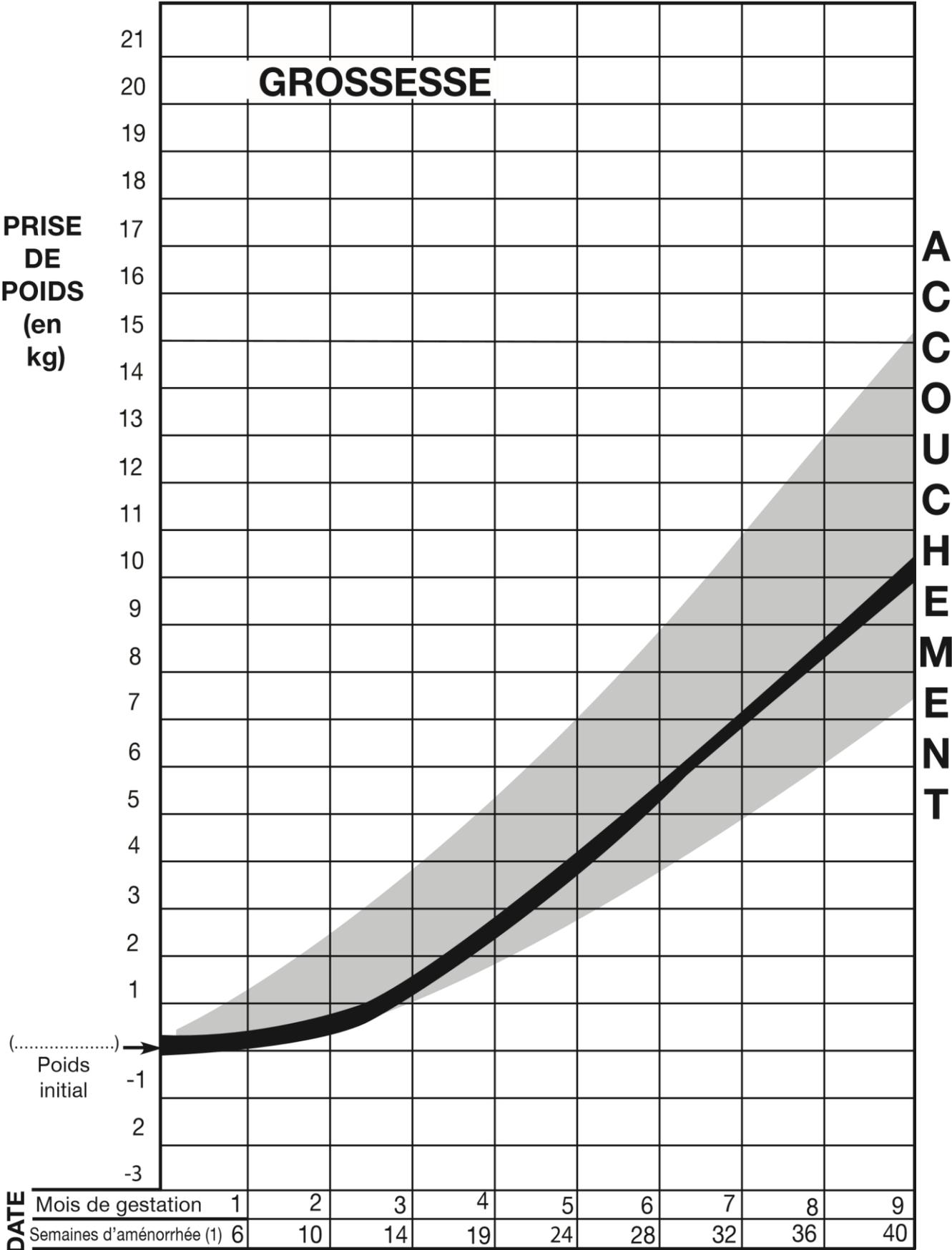
AUTRE EXAMEN

Glycémie

..... ECBU

(l'examen Cytobactériologique des Urines).....

Surveillez votre poids et notez-le sur graphique



)

TE No EX m AM - EN Qu TE Talit R UR - ME Ex Lie AM IN D ES CR	S A : Au Ex (ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et
IP RETI MON RO URE S					

)

TE No EX m AM - EN Qu TE Talit R UR - ME Ex Lie AM IN D ES CR	S A : Au Ex (ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et
IP RETI MON RO URE S					

)

TE No EX m AM - EN Qu TE Talit R UR - ME Ex Lie AM IN D ES CR	S A : Au Ex (ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et
IP RETI MON RO URE S					

)

TE No EX m AM - EN Qu TE Talit R UR - ME Ex Lie AM IN D ES CR	S A : Au Ex (ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et
IP RETI MON RO URE S					

)

TE No EX m AM - EN Qu TE Talit R UR - ME Ex Lie AM IN D ES CR	S A : Au Ex (ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et
IP RETI MON RO URE S					

)

TE No EX m AM - EN Qu TE Talit R UR - ME Ex Lie AM IN D ES CR	S A : Au Ex (ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et	S A : Au Ex ter am me en de le : : Pa ch r : et
IP RETI MON RO URE S					

ACCOUCHEMENT

Date : _____ NOM de la mère :

Accouchement : maternité domicile....Si oui par qui?.....

Cachet du Médecin ou de la Sage-femme

Cachet de la maternité

ui

A la suite d'une grossesse : Normale..... Ou Compliquée.....

Terme.....

TRAVAIL

Durée approximative : Rupture des membranes depuis

Particularités :

NAISSANCE

Heure : -Autres manœuvres : voie basse

En présentation :

Naturelle Ou assistée par : Césarienne.....

-Anesthésie générale

-Ventouse

-Forceps ou spatule

Heure :

Délai écoulé depuis l'accouchement

DELIVRANCE

Naturelle Artificielle Remarques :

SUITES DE COUCHES

Normales ou compliquées par

Date de sortie :

du 1er :
..... Modalités.....
Rupture de la 2ème poche des eaux :
Présentation.....

ETAT DU NOUVEAU – NE

Nom et Prénoms :

A LA NAISSANCE

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

.....

APGAR : à 1 mn : à 5mn :Heure de mise au sein après
la naissance:.....

INCIDENTS :

L'enfant a-t-il crié tout de suite ?..... Etait-il cyanosé ?.....

.....

A-t-il fallu le réanimer ?.....si oui préciser comment:.....

.....

Modalités et durée de la réanimation éventuelle :

.....

Autres renseignements :

PREMIERS JOURS Normaux ou compliqués par :

Anomalies congénitales Transfert éventuel

EXAMEN DE SANTE Effectué le : Par :

Remarques et consignes éventuelles :

Traitement éventuel :

ALLAITEMENT Maternel : Mixte :

DATE DE SORTIE OU TRANSFERT :

GROUPE SANGUIN :

ET FACTEUR RHESUS DE L'ENFANT

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

SURVEILLANCE MEDICALE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom (s) :

Date de naissance :

Lieu et structure de naissance :

Rang de l'enfant :

PERIODE NEONATALE

Période néonatale de la naissance à 28 jours



PREMIERE SEMAINE DE LA 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 les produits du 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. (Mettre une croix dans la case correspondante)

	Oui	Non	
Ictère	Hanche.....
Dyspnée	Fosses lombaires
Cyanose	Organes génitaux.....
Souffle cardiaque
Fémorales perçues	Dépistages de maladies
Hépatologie	Particularités
Hernie
Tonus axial, normal	Alimentation :
Motilité normale	Allaitement maternel <input type="checkbox"/>
Vigilance normale	Allaitement mixte <input type="checkbox"/>
Réaction aux stimuli sonore.....	Alimentation artificielle <input type="checkbox"/>
Etat oculaire			

normal			
Réflexe photomoteur			

Signature et cachet :

Sortie de maternité le Poids de sortie

Examen pratiqué par : qualification de l'agent,.....

A..... le

.....

PERIODE NEONATALE

Période néonatale de la naissance à 28
jours

RELEVÉ MEDICAL ESSENTIEL

Anomalies confirmées ou suspectées

Résultats d'examens paramédicaux importants

Traitements particuliers

Résumé de compte rendu d'hospitalisation

Recommandations particulières.



Fratrie

Nom et Prénom	Date de naissance	Observations
---------------	-------------------	--------------

--	--	--

CONSEILS POUR LES PARENTS

CONSEILS D'ALIMENTATIONS

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.

Allaitez 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.

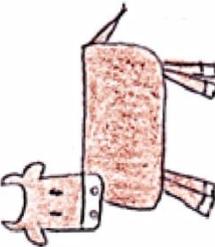
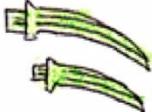
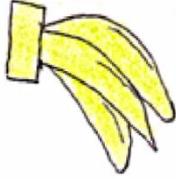
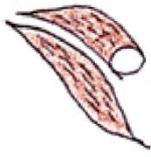
Le bébé a besoin d'autres aliments et de liquide. Et continuez à allaiter jusqu'à 2 ans.



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>Viandes    </p> <p>Oeufs </p> <p>Lait  </p> <p>Chenille </p> <p>Protéines végétales</p> <p>Haricots rouges </p> <p>Arachides </p> <p>Soja </p>	<p>Légumes</p> <p>Feuilles vertes </p> <p>Chou </p> <p>Aubergine violette </p> <p>Tomate </p> <p>Gombo </p> <p>Aubergine africaine </p> <p>Fruits</p> <p>Mangue </p> <p>Atanga </p> <p>Papaye </p> <p>Ananas </p> <p>Citron </p> <p>Orange </p> <p>Banane </p> <p>Avocat </p> <p>pamplemousse </p> <p>etc.</p>	<p>Céréales</p> <p>Banane plantain </p> <p>Pain </p> <p>Riz </p> <p>Maïs </p> <p>Tubercules</p> <p>Igname </p> <p>Patate </p> <p>Tubercules </p> <p>Taro </p> <p>Sucres et aliments gras</p> <p>Huile </p> <p>Margarine </p> <p>Miel </p> <p>Sucre </p> <p>Noix de palme </p> <p>Mais, évitez de manger trop gras.</p>

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

De 0 à 6 mois



Donner à téter à la demande, jour et nuit, au moins 8 fois en 2 heures.

Ne pas donner d'autres aliments ou liquides.

De 6 à 12 mois



Allaiter à la demande, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures.

- Seulement si l'enfant est affamé après l'allaitement, ou ne prend pas suffisamment de poids:
- Donner 2 bouillies semi liquides de céréale enrichies au lait, à l'huile, à l'œuf, à la pâte d'arachide, ou au beurre de karité, ou bien d'autres aliments tel l'igname sous forme de pâte enrichie à l'huile ou beurre de karité.

Continuer à allaiter à la demande, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures.

En plus:

Donner 2 bouillies de céréales enrichies au lait, à l'huile, à l'œuf, à la pâte d'arachide, ou au beurre de karité, ou bien d'autres aliments (igname) enrichis. • Donner 1 repas de famille sans épice

Donner 2 goûters (yaourt, œuf dur, galette ,beignet, fruit de saison écrasé, etc)

De 12 à 24 mois



En plus:

Donner 2 bouillies de céréales enrichies au lait, à l'huile, à l'œuf, à la pâte d'arachide, ou au beurre de karité, ou bien d'autres aliments (igname) enrichis.

Donner 1 repas de famille sans épice

Donner 2 goûters (yaourt, œuf dur, galette, fruit de saison écrasé, etc)

Plus de 24 mois



Donner en plus 2 repas de famille sans épice.

Donner 2 goûters

(yaourt, œuf dur, galette, fruit de saison, etc).



LA VACCINATION

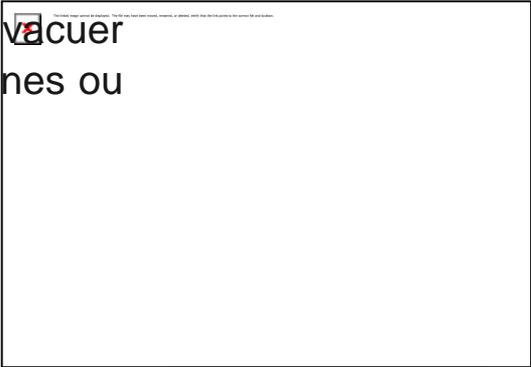
Commencer le brossage des dents de votre enfant dès la première dentition par la couche carrée ou des compresses, ensuite par une brosse à dent adaptée à l'âge.

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



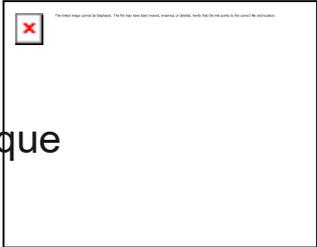
L'HYGIENE

Contre les microbes, les virus et le ver parasite, habituez votre enfant à laver les mains surtout avant de manger et après les toilettes. Evacuer les selles des jeunes enfants dans les latrines ou les WC.



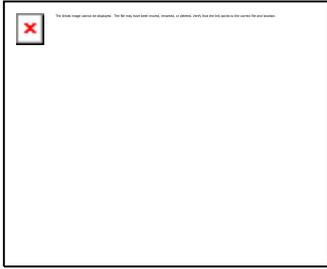
C'est moins cher que des médicaments.

L'ACCIDENT DOMESTIQUE



Pour protéger votre enfant contre l'accident domestique

- Ne laissez pas près du feu ;
- Il faut lui faire porter ses chaussures ;
- Ne laissez rien à sa portée qu'il puisse mettre dans sa bouche ou dans ses narines



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

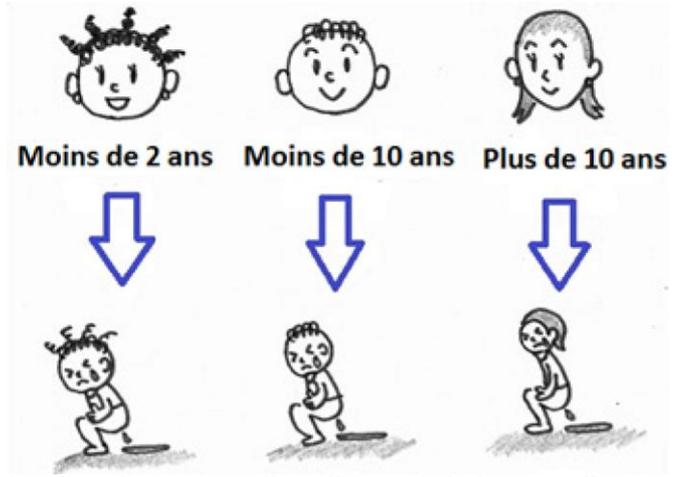
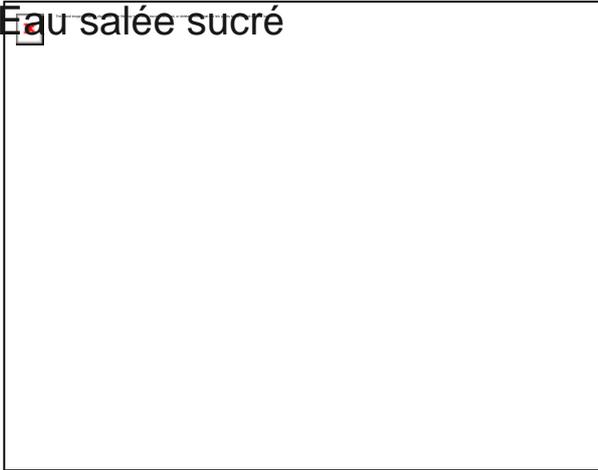
LA DIARRHEE

Elle peut tuer votre enfant à cause de la grande quantité d'eau qu'il perd par les selles.



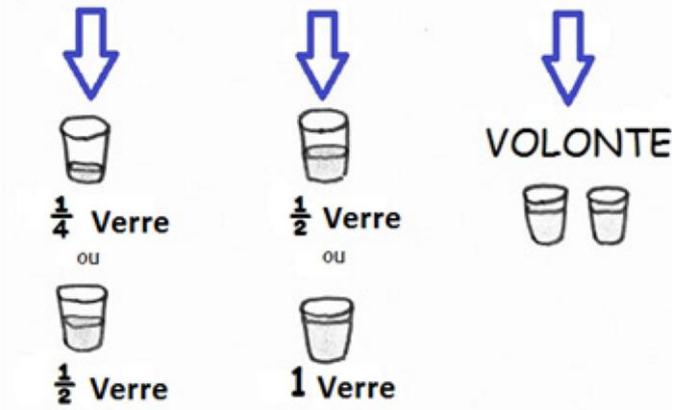
Traitement à domicile	Posologie
------------------------------	------------------

Eau salée sucré



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

Solution de Réhydratation Orale (SRO)



LA DREPANOCYTOSE

C'est une maladie héréditaire du sang.

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

Même sans signe particulier d'alerte l'enfant doit bénéficier d'un examen médical de contrôle une fois tous les 3 mois.



LES SIGNES DE DANGER CHEZ L'ENFANT

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

Incapable de téter

Respiration difficile



Incapable de téter



Respiration difficile

Convulsions

Fièvre

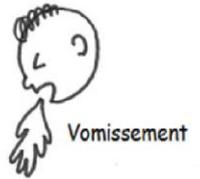
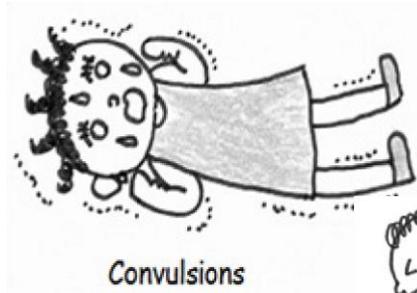
Diarrhée eux et peau aune

L'enfant vomit tout ce qu'il consomme

Cordon purulent, rou e ou on é Sai nement du cordon



CONSULTER



VACCINATIONS

Schéma du calendrier de vaccination chez l'enfant



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

Age			
Naissance			
	Hépatite B	Hépatite	Hors PEV

6 semaines	Vaccin anti-Pneumocoque-13 serotypes con u ué 1 ^{ere} dose	Méningites et pneumonies dues au pneumocoque	Hors PEV
	Vaccin anti rotavirus 1 ^{ere} dose	Diarrhées aigües dues au rotavirus	Hors PEV
10 semaines			
14 semaines	Vaccin anti-Pneumocoque-13 serotype con u é 2 ^e dose		PEV
	Vaccin anti rotavirus 2 ^e dose		Hors PEV
9 mois			
12 mois	Vaccin anti-Pneumocoque-13 sérotpe con u ué <i>Rappel</i>		Hors PEV
			Hors PEV
15-18 mois	PENTAVALENT 1 ^{er} Et POLIO <i>Rappel</i>		Hors PEV
	R.O.R 1 ^{ere} dose	Vaccin associé Rougeole-Oreillons-Rubéole	
24 mois	Vaccin Anti typhoïde	Fièvre typhoïde	Hors PEV
	Vaccin anti-Pneumocoque-23 sérotpe non con u ué	Le vaccin anti-pneumocoque 23 vantent non con u ué est réaliser, si le - alent n'a pas été ait aant, surtout che les su etssensi les (ex : drépanoc taire)	Hors PEV
3-5 ans	R.O.R 2 ^{eme} dose		Hors PEV

Vaccination BCG

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

Réactions tuberculiques

Date	Méthode employée (timbre – intradermo)	Résultat

Vaccination contre

ROUGEOLE

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

FIEVRE JAUNE

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

PENTAVALENT ET POLIOMYELITE

Vaccination contre

Diphtérie – Tétanos – Coqueluche – Hépatite B – Certaines Méningites et Pneumonies

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

Naissance (Polio orale)					
Première dose (Pentavalent 1 et polio 1)					
Première dose (Pentavalent 2 et polio 2)					
Troisième dose (Pentavalent3 et poli3)					
<u>Rappels</u>					
Dose	Age	Date	Dose	Age	Date

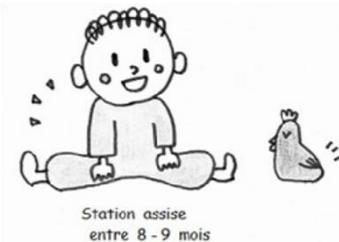
N.B. : Penta alent : ^{er} rappel 1 an après la 3^{ème} administration
2^e rappel 5ans après le 1^{er} rappel

VITAMINE A

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

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

CROISSANCE DE 0 A 12 MOIS



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

Sein us u' _____

Alimentation mixte _____

Alimentation articielle _____

Alimentation complémentaire _____



Serae total :

Oserations :



Observations particulières faites de 0 à 12 mois Développement psychomoteur

Ré exes(mois, ils doivent tous a oir disparu)

.....
...

.....
...

.....
...

.....
..

Premier sourire gazouillement
mois).....



(à L

.....
...

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 - 18 mois

.....

Fermeture fontanelle (se fait entre 9 et 18 mois)

.....
...

Premiers pas (à 12 mois).....

.....
...

Premiers mots (9 mois).....

.....
...

Premières phrases

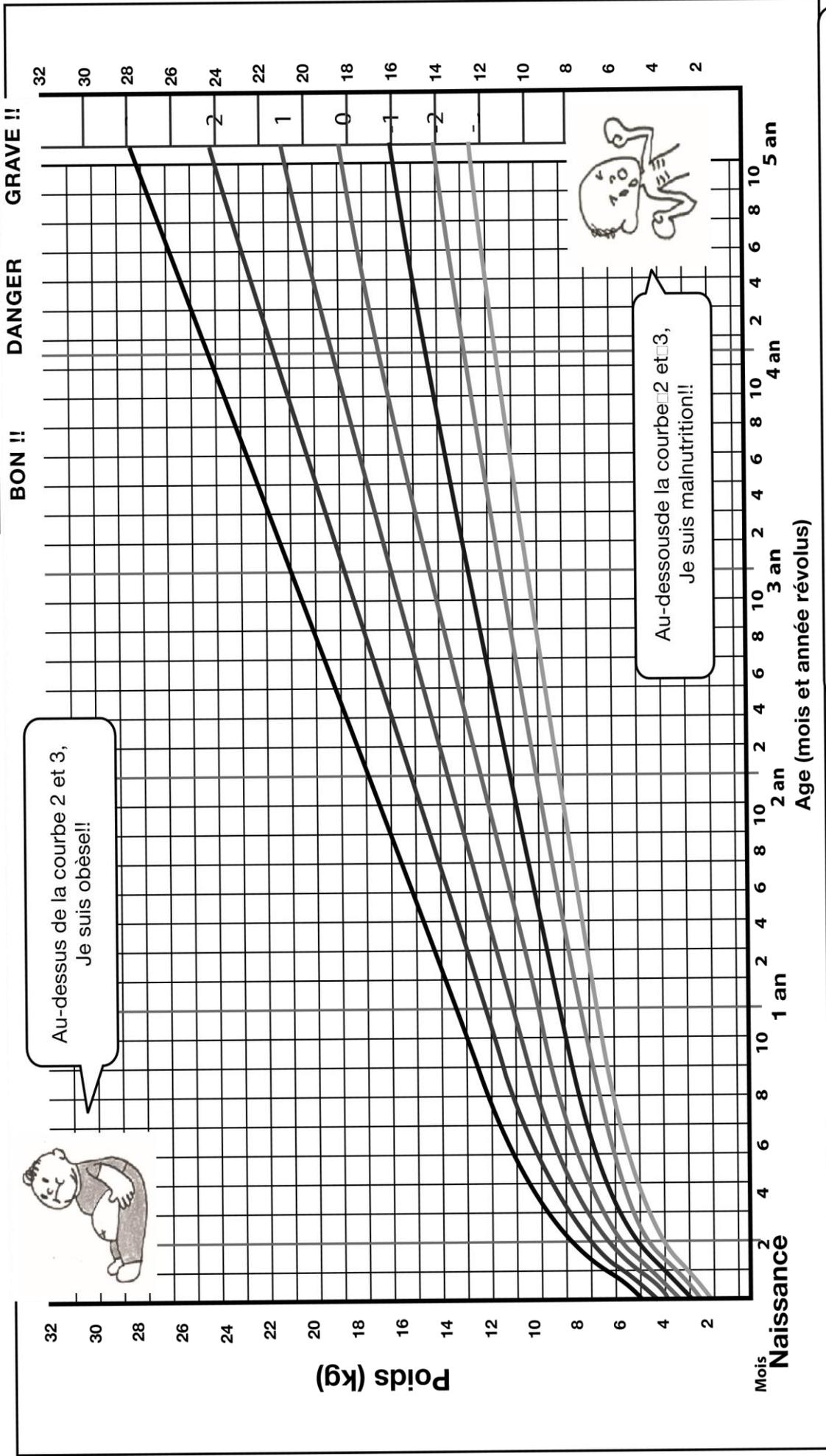
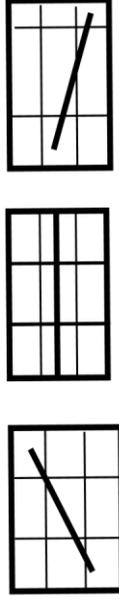


Premiers mots entre 9 - 11 mois

.....
...

Poids-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans

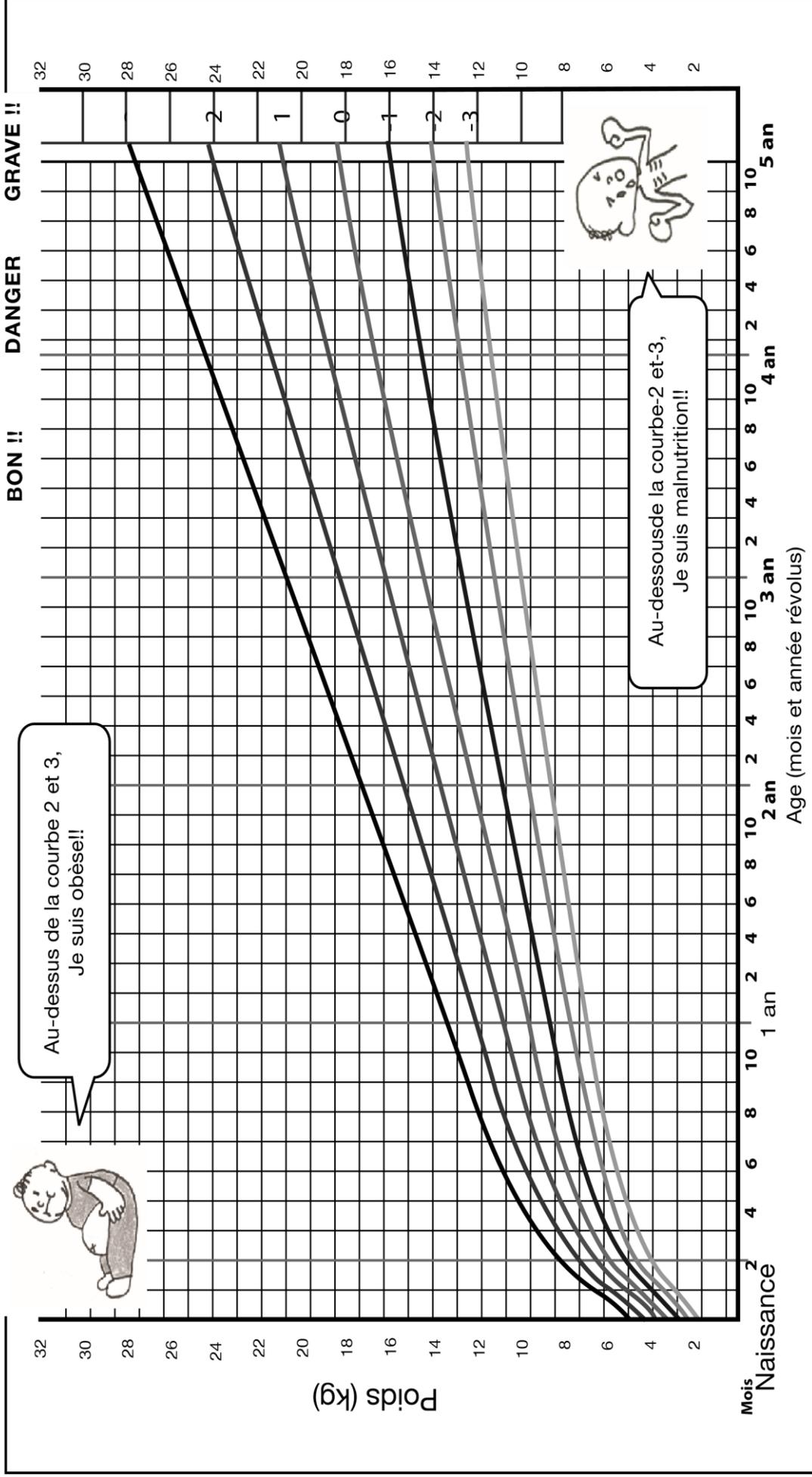
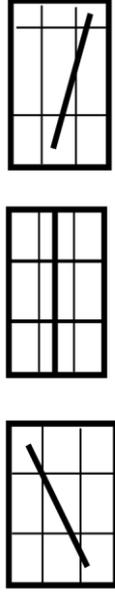


Un point ou une courbe qui est loin de la moyenne, (proche de la courbe 3 ou -3), dénote un problème de croissance.

La courbe appelée « 0 » est la moyenne.

Poids-pour-l'âge FILLES

De la naissance à 5 ans

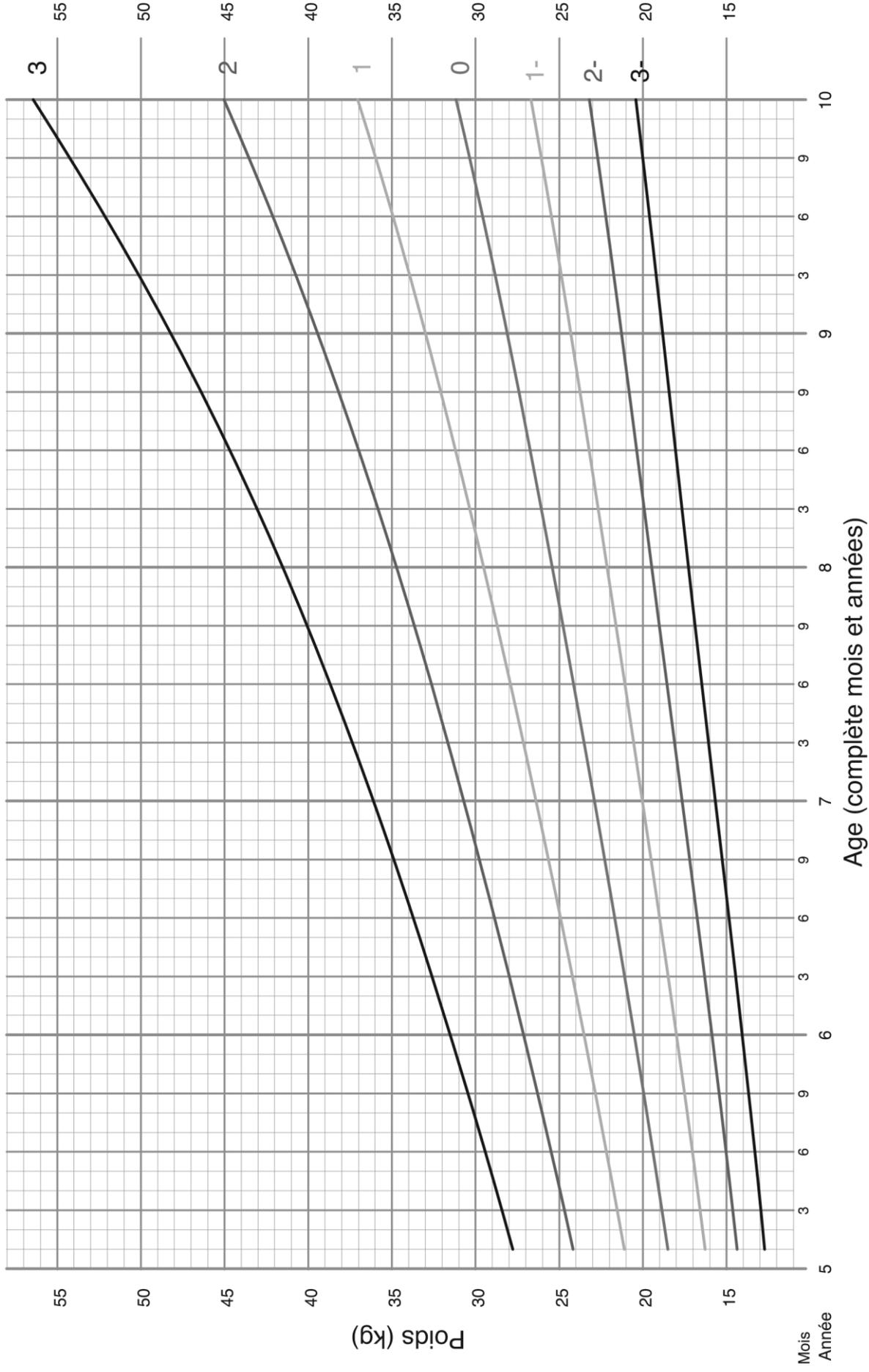


La courbe appelée « 0 » est la moyenne.

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

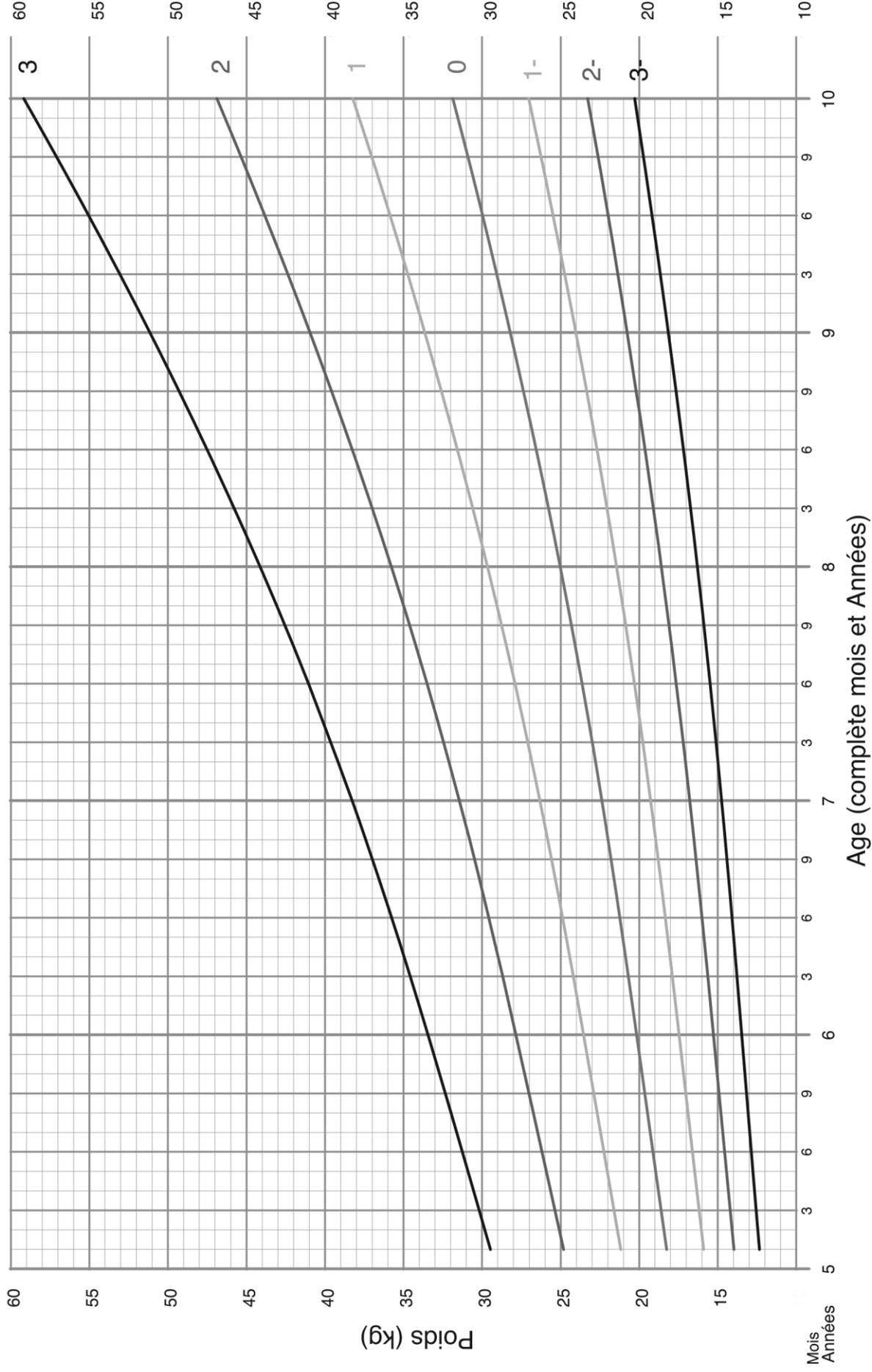
Poids pour age - Garçons

5 à 10 ans (z-scores)



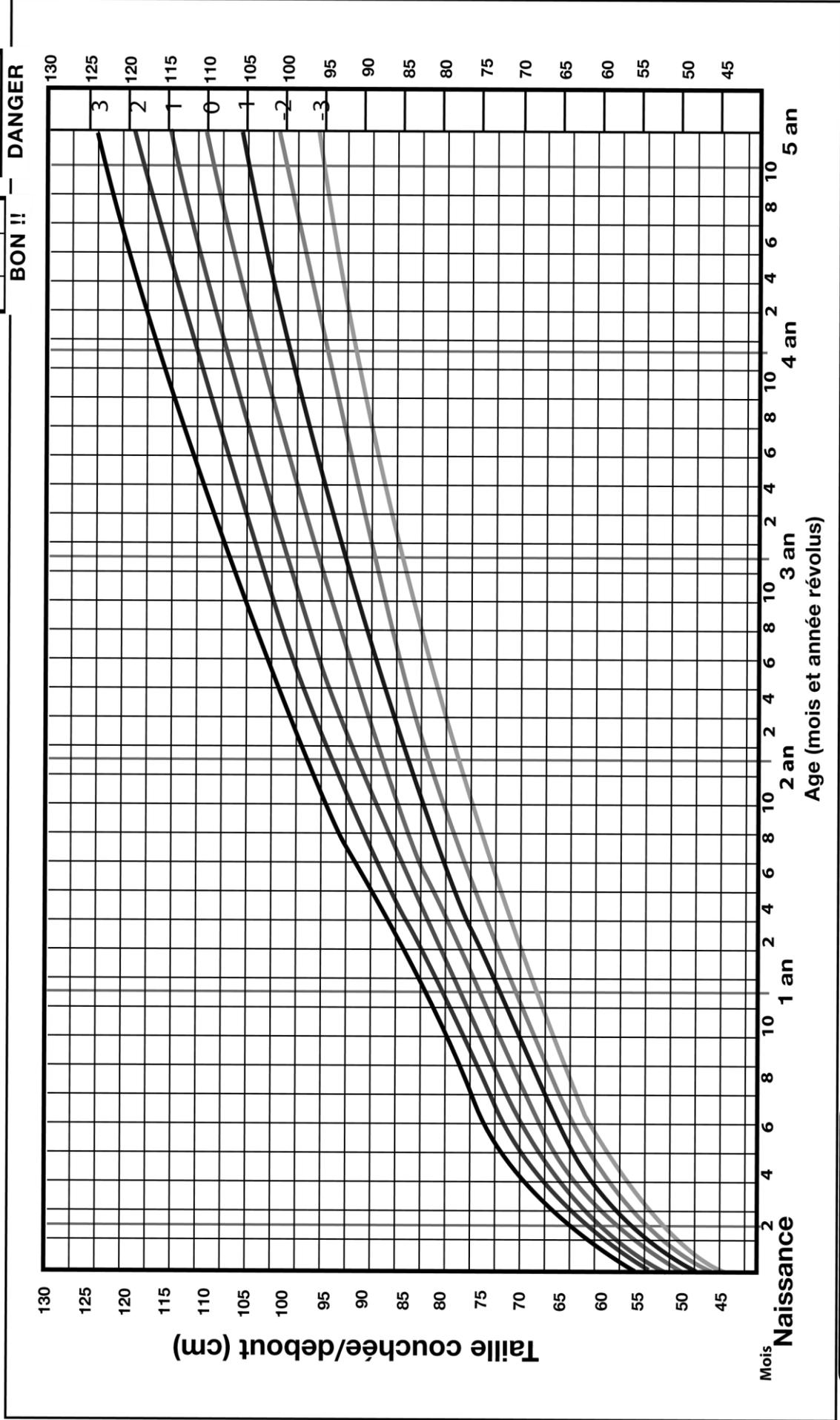
Poids pour âge - Filles

5 à 10 ans (z-scores)



Taille couchée/debout-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans



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.

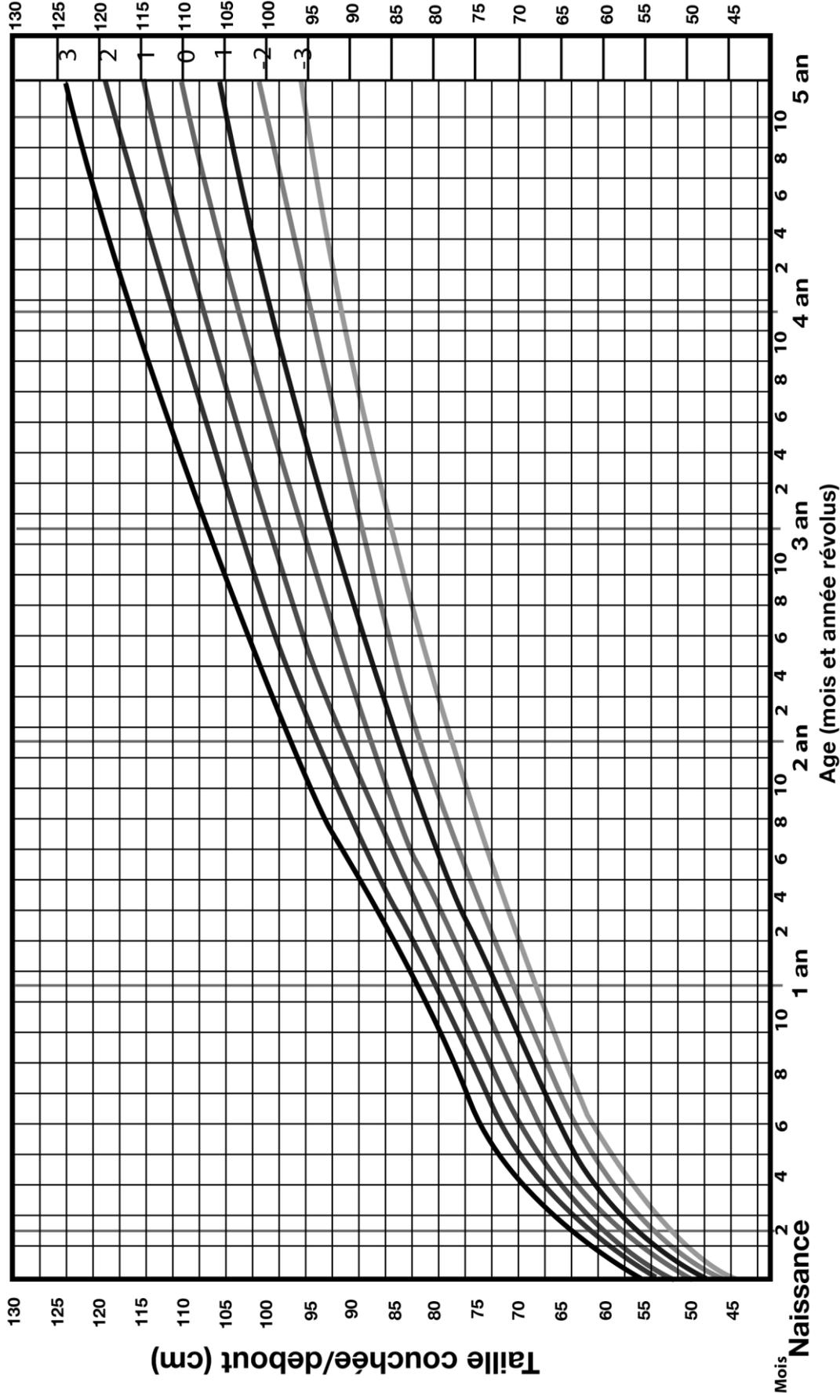
Taille couchée/debout-pour-l'âge FILLES

De la naissance à 5 ans



BON !!

DANGER

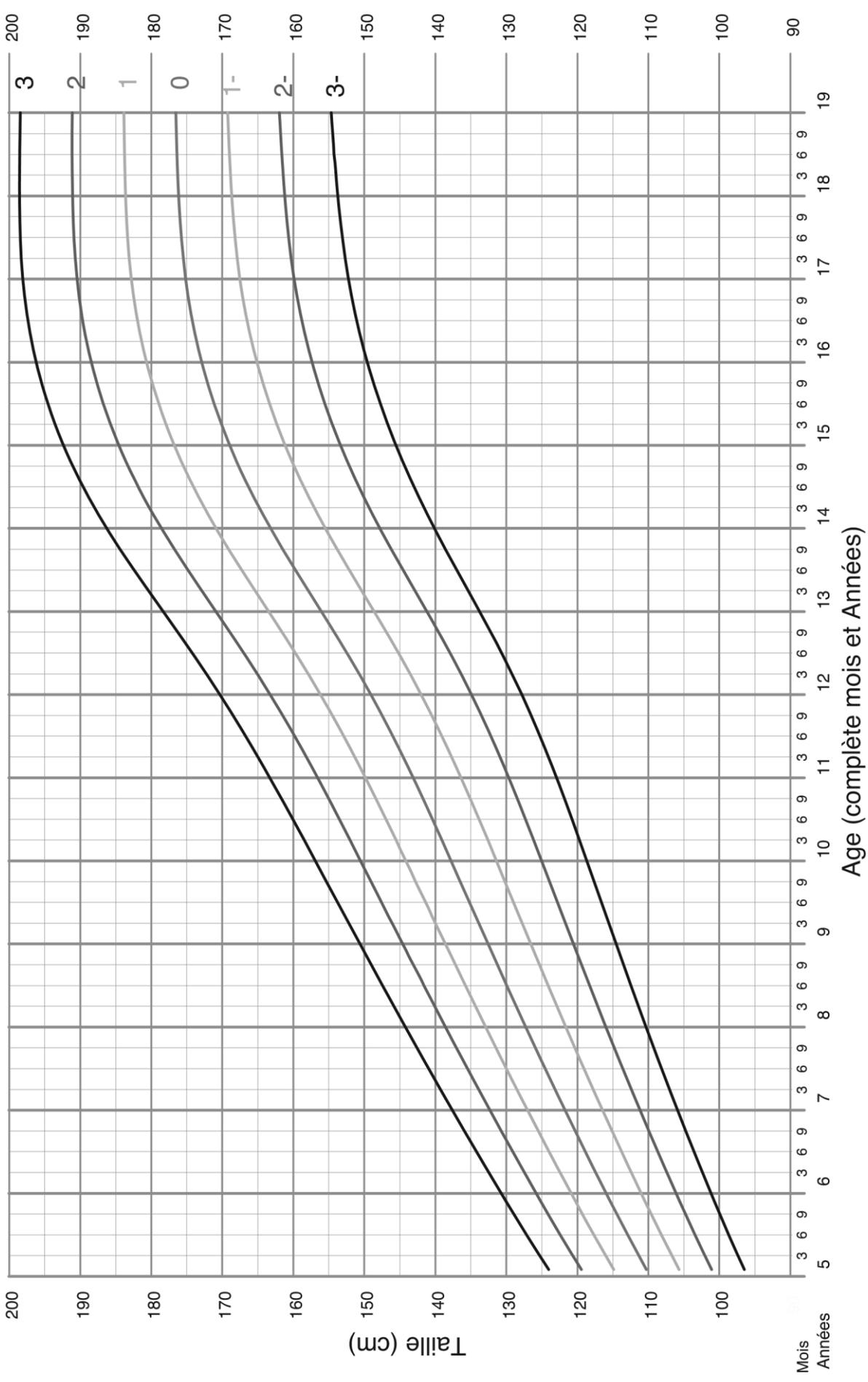


La courbe appelée « 0 » est la moyenne.

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

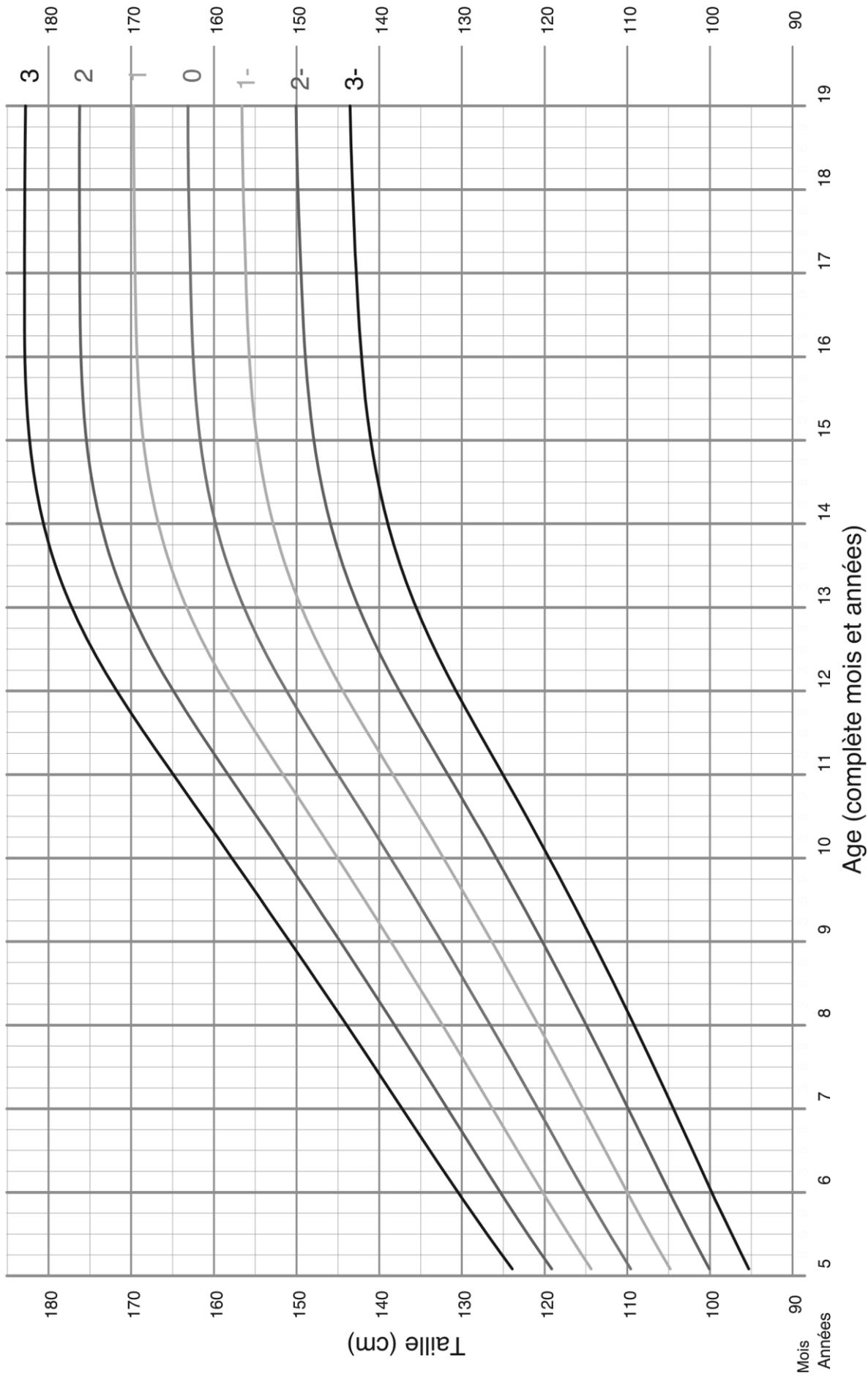
Taille pour âge - Garçons

5 à 19 ans (z-scores)



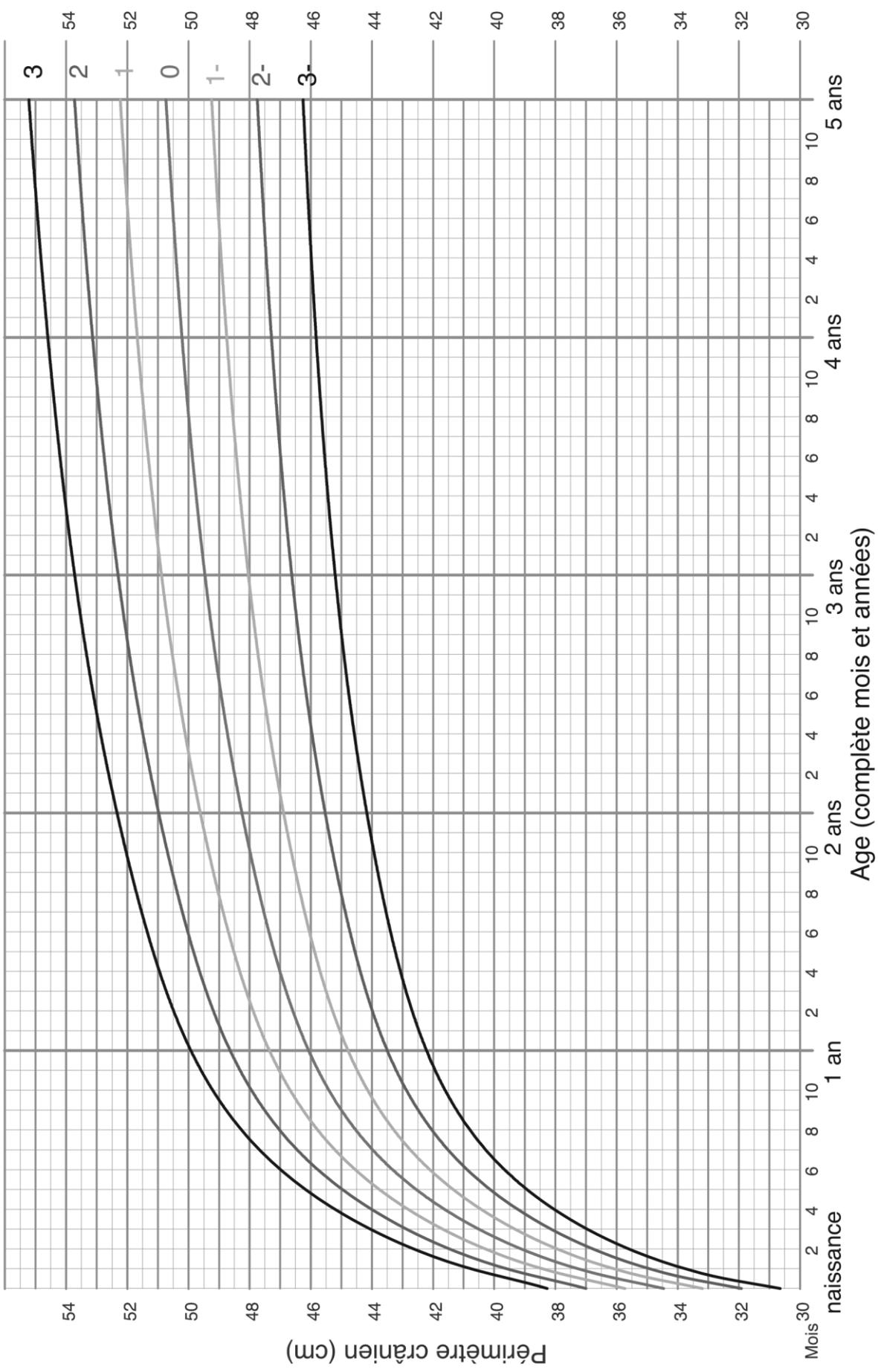
Taille pour âge - Filles

5 à 19 ans (z-scores)



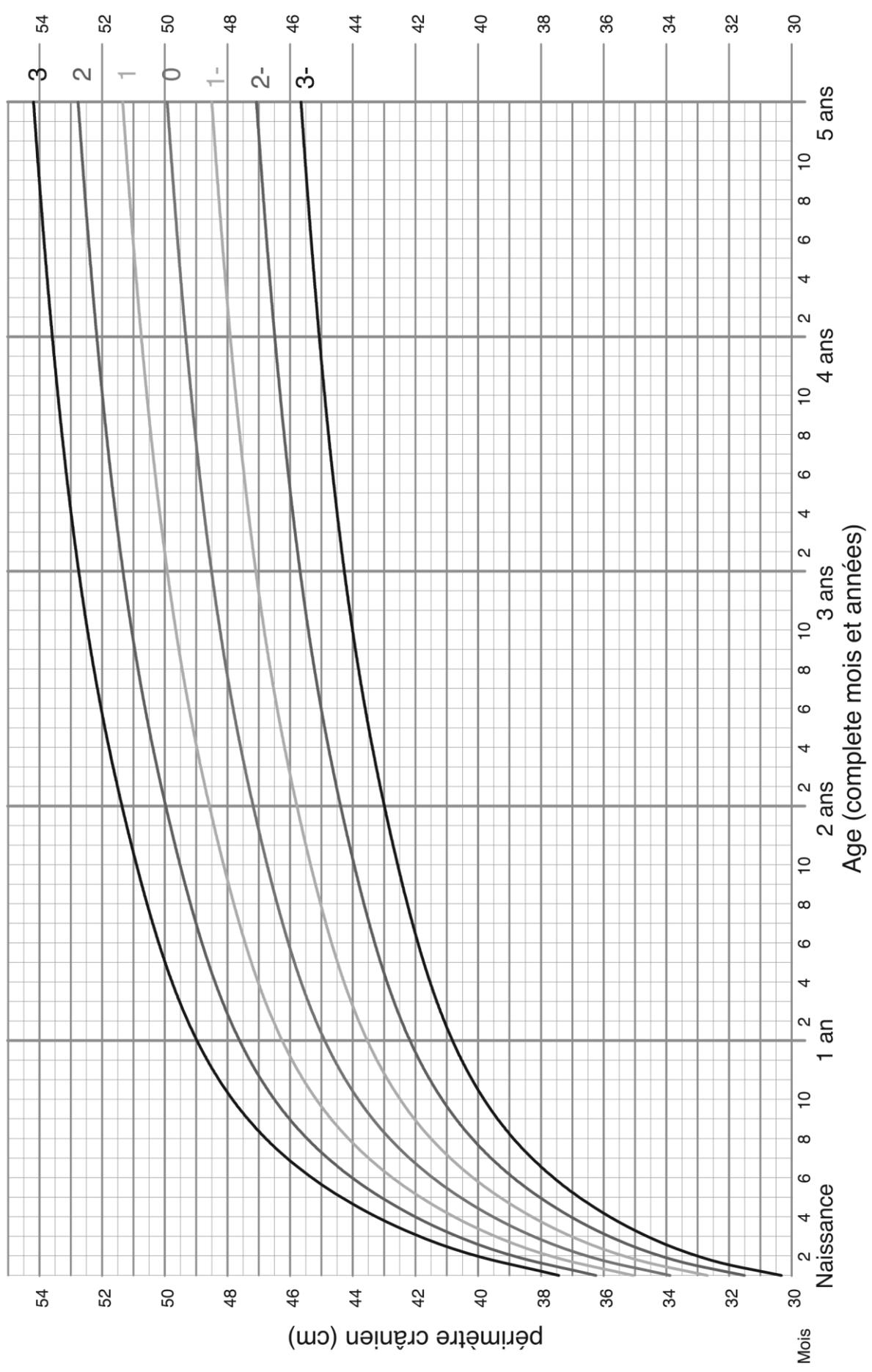
Périmètre crânien pour âge - Garçons

Naissance à 5 ans (z-scores)



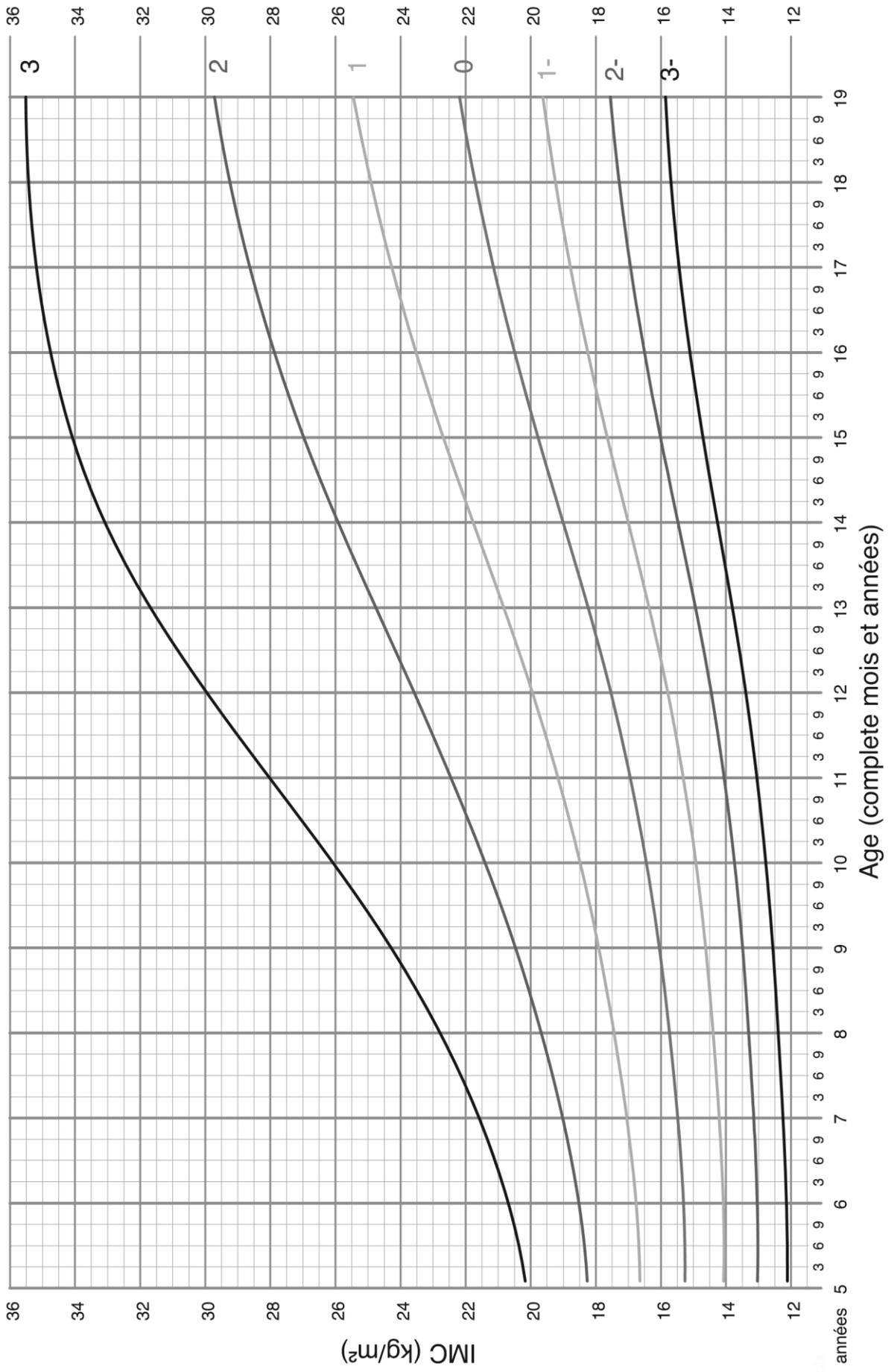
Périmètre crânien pour âge - GIRLS

Naissance à 5 ans (z-scores)



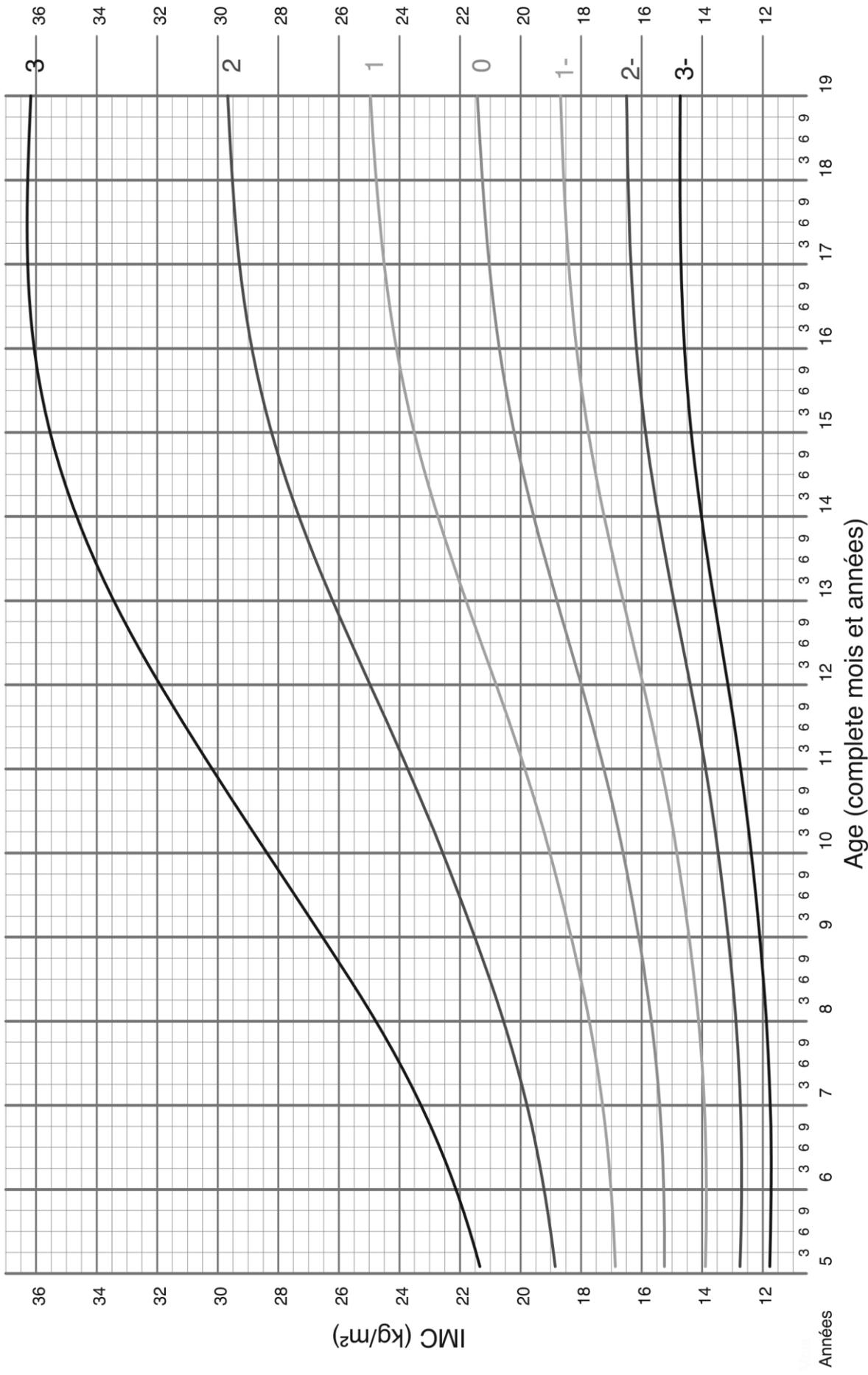
IMC-pour Age - Garçons

5 à 19 ans (z-scores)



IMC pour age - Filles

5 à 19 ans (z-scores)



CROISSANCE DE 1 AN 5 ANS



CROISSANCE DE 1 AN 5 ANS

--	--	--	--	--	--	--



Surveillance médicale de 0 à 11 mois



Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 0 à 11 mois



--	--	--	--	--	--	--

Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 0 à 11 mois



Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 0 à 11 mois



Surveillance médicale de 0 à 11 mois



--	--	--	--	--	--	--

Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 0 à 11 mois



Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 0 à 11 mois



Surveillance médicale de 0 à 11 mois



--	--	--	--	--	--	--

Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 0 à 11 mois



Surveillance médicale de 1 à 19 ans



Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 1 à 19 ans



--	--	--	--	--	--	--

Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 1 à 19 ans



Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 1 à 19 ans



Surveillance médicale de 1 à 19 ans



--	--	--	--	--	--	--

Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 1 à 19 ans



Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 1 à 19 ans



Surveillance médicale de 1 à 19 ans



--	--	--	--	--	--	--

Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 1 à 19 ans



Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 1 à 19 ans



Surveillance médicale de 1 à 19 ans



--	--	--	--	--	--	--

Date	Age	Poids	Taille	PC	PT	Alimentation /observation

Surveillance médicale de 1 à 19 ans



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Date et cachet du service	Compte rendu d'hospitalisation /observation	Nom et prénom, signature et cachet du chef de service
---------------------------------	---	--

--	--	--

MALADIES EPIDEMIQUES ET CONTAGIEUSES

Maladies	Date	Observations Complications	Signature et cachet du médecin
Varicelle			
Coqueluche			
Oreillons			
Rougeole			
Rubéole			
Scarlatine			
Diphthérie			
Fièvre typhoïde et paratyphoïde			
Tuberculose pulmonaire			
Fièvre hémorragique virale			
Hépatite virale A, B, C, etc.			

Autres maladies (à préciser)			
------------------------------------	--	--	--

TRANSFUSION SANGUINES

Dates et cachet service	Sécurisation					Quantité ml Culot/sang Total	Observations
	GS RH	N° CNTS	Sérologie				
			HIV	Hépatite B	Hépatite C		

HIV : test du SIDA

RECOMMANDATIONS MEDICALES PARTICULIERES

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

La vie n'a pas de prix.

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

Merci à papa et maman de 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*



jica

la Famille Avenir de la Nation.

