

CARTE INFANTILE FILLE

REPUBLIQUE DU BENIN  
MINISTERE DE LA SANTE  
Département : .....  
ZS : .....; Commune : .....  
Centre de Santé : .....

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénoms de l'enfant : .....  
Sexe :  Masculin  Féminin  
Date de naissance : / / / / / / / / / / / / / / /  
Date 1<sup>ère</sup> Visite : / / / / / / / / / / / / / / /  
Village/Quartier/Domicile : .....  
Nom et prénoms de la mère : .....  
Age : / / / / /  
Niveau d'instruction : .....  
Profession : .....  
Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / /  
Nombre d'enfants vivants : / / / / /  
Nom et prénoms du père : .....  
Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / /

ETAT A LA NAISSANCE

A terme  oui  Non  
Prématuré  oui  Non  
Poids de naissance : / / / / / / / / / / (grammes)  
Réanimé  oui  Non  
Mise au sein précoce  oui  Non  
Soins usuels  oui  Non

ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF PENDANT 6 MOIS

Ecrire O pour Oui et N pour Non

	Continuité de l'allaitement maternel	Donner autre chose que le lait maternel
6 Semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <sup>ème</sup> Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <sup>ème</sup> Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <sup>ème</sup> Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENCER LE REMPLISSAGE DE LA CARTE INFANTILE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

VACCINATION, ADMINISTRATION VITAMINE A, DÉPARASITAGE, MIILD

	Date de rendez-vous	Dates réelles
Déparasitage/Vitamine A fer/Acide folique		36 Mois
Déparasitage/Vitamine A fer/Acide folique		30 Mois
Déparasitage/Vitamine A fer/Acide folique		24 Mois
Déparasitage/Vitamine A fer/Acide folique		18 Mois
Déparasitage/Vitamine A fer/Acide folique		12 Mois
Fièvre jaune		
Rougeole et dépistage au VIH fer/Acide folique MIILD		9 Mois
Vitamine A fer/Acide folique		6 Mois
Penta 3 (DTC3+HepB3+Hib3) Polio 3 PCV 13 3 ROTA 3		14 Semaines
Penta 2 (DTC2+HepB2+Hib2) Polio 2 PCV13 2 ROTA 2		10 Semaines
Penta 1 (DTC1+HepB1+Hib1) Polio 1 PCV13 1 ROTA 1		6 Semaines
Polio 0 BCG		0 Mois

BONNE HYGIENE

Lave tes mains au savon et à l'eau avant de :  
• préparer les aliments ;  
• donner à manger ou allaiter les enfants.  
Et après :  
• être passé aux toilettes ;  
• avoir changé les couches des bébés.  
Garder votre environnement propre et sec.

ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE 6 A 24 MOIS



⇒ Commencer par donner des aliments complémentaires à partir de 6 mois ;  
⇒ La nourriture devra être molle, en purée et variée ;  
⇒ Nourrir 3 à 4 fois dans la journée conformément à l'âge de l'enfant ;  
⇒ Donner aussi 1 à 2 fois par jour des collations (aliments nutritifs) entre les repas ;  
⇒ Continuer l'allaitement jusqu'à 24 mois et plus.

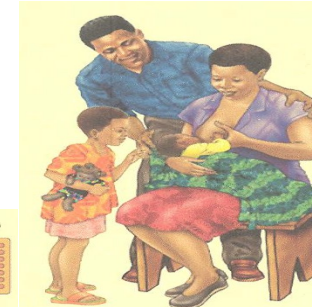
ALIMENTATION A L'AGE DE DEUX ANS ET PLUS



⇒ S'alimenter en famille 3 à 4 repas par jour ;  
⇒ Donner aussi 2 fois par jour des collations (aliments nutritifs) entre les repas.  
Donner des conseils sur l'Alimentation en général.

PLANIFICATION FAMILIALE

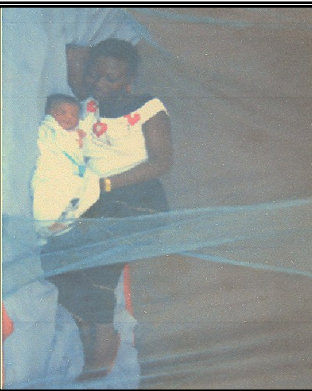
• La mère utilise-t-elle une méthode moderne de PF?  Oui  Non  
• Si non, donner les conseils pour l'adoption d'une méthode.



PREVENTION CONTRE LE PALUDISME

Ecrire O pour Oui et N pour Non

	Acquisition de MIILD	Utilisation de MIILD la veille	
6 Semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Donner des conseils sur la prévention du paludisme.
10 Semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 Semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 <sup>ème</sup> Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 <sup>ème</sup> Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 <sup>ème</sup> Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 <sup>ème</sup> Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 <sup>ème</sup> Mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



PTME

Ne rien mettre dans les cellules

DATE	R	NR	I
PCR (1) 6 semaines			
PCR (2) 6 à 8 semaines après le sevrage			
Sérologie 12 mois			
Sérologie 18 mois			

ATTENTION PLUS ACCRUE DEVANT LES CAS SUIVANTS :

Cocher avec  dans les fonctions où c'est applicable.

- Naissance de poids inférieur à 2500g ;
- Naissance intervalle de moins de 2ans ;
- Jumeaux issus de parents isolés ;
- Nouveau-nés exposés ;
- Enfant mal nourri ;
- Décès maternel
- Tout décès de frère/sœur ;
- Handicapés
- Autres ;

Actions menées : .....

ENFANT MALADE

- ⇒ Allaiter fréquemment et augmenter la consommation d'aliments et de liquide ;
- ⇒ En cas de diarrhée, donner Orasel et zinc ;
- ⇒ Rechercher systématiquement tout signe de maladie et orienter.

SUIVI DES RENDEZ-VOUS

DATES	RDV	CODE	Recherche Active
3 RDV pour problème curatif	2 RDV pour problème de croissance	1 Rattrapage Vaccinal	0 Visite normale

Code RDV



