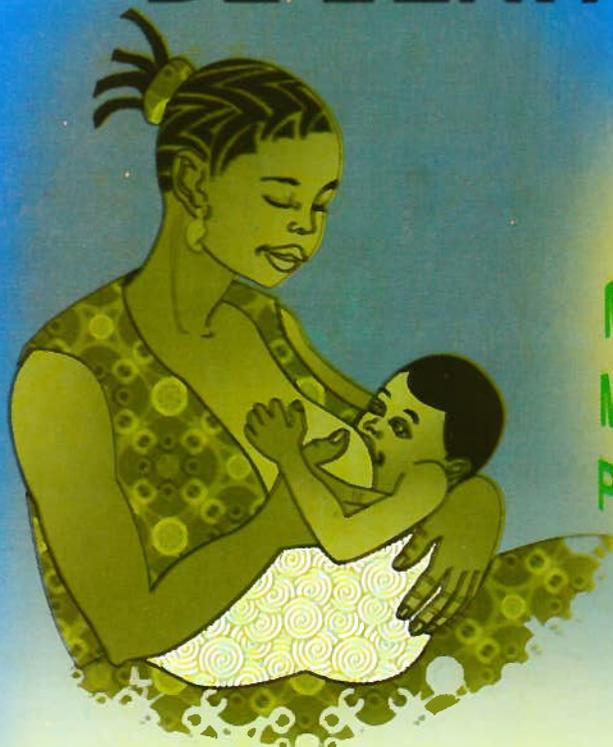


RÉPUBLIQUE DU BÉNIN
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

CARNET DE SANTE DE L'ENFANT



LE LAIT
MATERNEL EST LE
MEILLEUR ALIMENT
POUR MON ENFANT.

NOM :

PRÉNOMS :

ADRESSE :

1- Ceci n'est pas un carnet de soins mais un carnet de santé à conserver toute sa vie

2- Il renseigne sur l'état de santé de votre enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de 18 ans

3- Il doit être présenté au médecin à chaque consultation, à l'infirmier(ère) ou la sage femme

4- Il doit être obligatoirement rempli par le médecin, l'infirmier(ère) ou la sage femme

5- Il est valable dans tout centre de santé public, privé ou confessionnel

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

ENFANT

Nom			
Prénoms			
Date de naissance	Jour	Mois	Année

• Sexe : M

• GSRh : Electrophorèse Hb Déficit en G 6PD Oui
Non

MERE

Nom & Prénoms _____

Date de naissance _____

Profession _____

Adresse _____

Tél. : Domicile _____ Bureau _____

PERE

Nom & Prénoms _____

Date de naissance _____

Profession _____

Adresse _____

Tél. : Domicile _____ Bureau _____

ANTECEDENTS FAMILIAUX

PERE

Groupe Sanguin Rhésus _____ Electroforèse Hb _____

Antécédents pathologiques et familiaux :

- HTA Oui Non
- Diabète Oui Non
- Asthme Oui Non
- Tabagisme Oui Non
- Drogue Oui Non
- Alcool Oui Non
- Autres

MERE

Groupe Sanguin Rhésus _____ Electroforèse Hb _____

Antécédents pathologiques et familiaux :

- VAT Non Si Oui 1 2 et plus
- HTA Oui Non
- Diabète Oui Non
- Asthme Oui Non
- Tabagisme Oui Non
- Drogue Oui
- Alcool Oui
- Autres

FRERES & SOEURS

ENFANTS				VIVANTS		DECEDES	
N°	Date de Naissance	Terme de la grossesse	Sexe	Age	Santé	Age	Cause
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

PERIODE PRENATALE

Tous les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers jours de vie peuvent avoir des répercussions sur la santé de l'enfant.

Antécédents de la mère

- Taille Gestité Parité

- Césarienne Nombre

- Avortement Nombre

- Nombre d'enfants vivants

Grossesse Actuelle

D D R :

Date probable de l'accouchement :

Sérologie

- Syphilis
- Rubéole
- Toxo plasmosé
- Hépatite B & C

PERIODE PRENATALE

RESUME

Grossesse normale

oui Non

Grossesse pathologique :

Incidents et accidents, date et terme de survenue, type, bilan et traitement

NAISSANCE

Accouchement :

Date : _____ Heure _____

Lieu de naissance _____

Accoucheur : SF Gynéco-obsté Autres

Terme de la grossesse _____

Rupture PM Oui Non L A (Aspect) _____

Etat de l'enfant à la naissance :

L'enfant a-t-il crié tout de suite ? Oui / Non

APGAR / 1mn _____ 5mn _____ 10 mn _____

A-t-il fallu le réanimer ? Oui / Non Durée mn

Poids _____ Taille _____ PC _____ PT _____

Particularités ou malformations _____

Régime alimentaire

Allaitement

maternel exclusif mixte artificiel

Raison : _____

Planification Familiale

Parents informés sur les méthodes d'espacement des naissances Oui Non

Parents adoptent une méthode d'espacement des naissances Oui Non

Si oui, Laquelle _____

EXAMEN NEONATAL

(avant la sortie de la maternité)

Date : _____

Organes génitaux :

Normaux

Anormaux

Hanches :

Normales

Anormales

Rachis lombaire :

Normal

Anormal

	OUI	NON
Ombilic normal		
Pâleur		
Ictère		
Dyspnée		
Oedème		
Cri normal		
Cyanose		
Souffle cardiaque		
Pouls fémoraux perçus		
Hépatomégalie		
Splénomégalie		
Hernie		
Tonus normal		
Motilité normale		
Vigilance normale		
Réflexe photomoteur		
Réactions aux stimuli sonores		
Moro normal		
Malformations		

Sortie de la maternité le : _____

Poids à la sortie : _____

Examen fait par : _____

Le Docteur : _____ Signature&Cachet

UN SÉJOUR À LA MATERNITÉ PENDANT AU MOINS 48 HEURES APRÈS L'ACCOUCHEMENT SAUVE LA MÈRE ET L'ENFANT

Naissance

UN ACCOUCHEMENT DOIT ÊTRE ASSISTÉ PAR UN PERSONNEL QUALIFIÉ

**PERIODE NEONATALE
OBSERVATIONS PARTICULIERES
CONCLUSION**

**EXAMENS SYSTEMATIQUES
OBLIGATOIRES
(par un médecin)**

Votre enfant doit être examiné systématiquement :

- * dans les 8 jours suivant la naissance
- * entre 3 - 4 mois
- * à 9 mois
- * à 15 mois
- * à 24 mois

Pour apprécier :

- * sa croissance somatique
- * son développement psychomoteur
- * son régime alimentaire
- * son état vaccinal
- * les préventions (la prise de vitamine A, déparasitage, fer, prophylaxie antipalustre etc)

**METTRE LE BEBE AU SEIN PRECOCEMENT AIDERA
L'ENFANT A SE DEVELOPPER, A DEVENIR FORT ET A
ÊTRE EN BONNE SANTÉ**

**SUIVEZ LA CROISSANCE DE VOTRE ENFANT
AVEC SON CARNET DE SANTÉ**

Examens systématiques obligatoires

EXAMENS SYSTEMATIQUES

3 - 4 MOIS	Examen Somatique :											
	Poids :			Taille :			PC :					
	oui		non		oui		non		oui		non	
	Strabisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui		non			
Vaccinations :		Polio 0		oui		non						
		Oui		Non								
- BCG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
- Pentavalent		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
- VAP		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	Polio		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Développement psychomoteur

- Joue avec les mains oui non
- Maintenu assis tient sa tête droite oui non
- Sourire "réponse" oui non
- Sur le ventre, soulève tête et épaules oui non
- Tourne la tête pour suivre un objet oui non
- Attrape un objet qui lui est tendu oui non
- S'appuie sur les avant-bras oui non
- Réactions aux stimuli sonores oui non

Conclusion :

Examen fait par :

Date :

Signature :

OBLIGATOIRES

9 ^{ème} MOIS	Examen Somatique :											
	Poids :			Taille :			PC :					
	Dentition		oui		non		oui		non			
	Vaccinations :		- BCG		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		oui		non	
			1 ^{er}	2 ^e	3 ^e							
	- Polio 0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- VAR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	- Pentavalent		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	- VAA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	- VAP		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	- Epreuve tuberculitique		<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		- Résultat :										
		- Déparasitage oui		<input type="checkbox"/>		non		<input type="checkbox"/>				

Développement psychomoteur

- Saisit un objet avec participation du pouce oui non
- Tient assis sans appui oui non
- Réagit à son prénom oui non
- Répète une syllabe oui non

Conclusion :

Examen fait par :

Date :

Signature :

TOUS LES ENFANTS ONT BESOIN D'UNE SÉRIE DE VACCINS AU COURS DE LEUR 1^{ÈRE} ANNÉE, PARLEZ-EN À L'AGENT DE SANTÉ

Examens systématiques obligatoires

COMMENCER À PRENDRE D'AUTRES ALIMENTS EN PLUS DU LAIT MATERNEL À 6 MOIS RÉVOLUTIONS AIDE LE BÉBÉ À AVOIR UNE BONNE CROISSANCE

SURVEILLANCE

DATE	AGE	POIDS	TAILLE	PC	Examen clinique Développement psychomoteur

MEDICALE (enfant sain ou malade)

REGIME - OBSERVATIONS - PRESCRIPTIONS	SIGNATURE ET CACHET

SURVEILLANCE

DATE	AGE	POIDS	TAILLE	PC	Examen clinique Développement psychomoteur

MEDICALE (enfant sain ou malade)

REGIME - OBSERVATIONS - PRESCRIPTIONS	SIGNATURE ET CACHET

SE BROSSER LES DENTS LE MATIN AU REVEIL

SURVEILLANCE

DATE	AGE	POIDS	TAILLE	PC	Examen clinique Développement psychomoteur

MEDICALE (enfant sain ou malade)

REGIME - OBSERVATIONS - PRESCRIPTIONS	SIGNATURE ET CACHET

SI UN ENFANT QUI TOUSSE RESPIRE BEAUCOUP PLUS RAPIDEMENT QUE D'HABITUDE OU AVEC DIFFICULTÉ, IL FAUT L'AMENER AU CENTRE DE SANTÉ

Surveillance Médicale

SURVEILLANCE

DATE	AGE	POIDS	TAILLE	PC	Examen clinique Développement psychomoteur

MEDICALE (enfant sain ou malade)

REGIME - OBSERVATIONS - PRESCRIPTIONS	SIGNATURE ET CACHET

SURVEILLANCE

DATE	AGE	POIDS	TAILLE	PC	Examen clinique Développement psychomoteur

MEDICALE (enfant sain ou malade)

REGIME - OBSERVATIONS - PRESCRIPTIONS	SIGNATURE ET CACHET

SURVEILLANCE

DATE	AGE	POIDS	TAILLE	PC	Examen clinique Développement psychomoteur

MEDICALE (enfant sain ou malade)

REGIME - OBSERVATIONS - PRESCRIPTIONS	SIGNATURE ET CACHET

SURVEILLANCE

DATE	AGE	POIDS	TAILLE	PC	Examen clinique Développement psychomoteur

MEDICALE (enfant sain ou malade)

REGIME - OBSERVATIONS - PRESCRIPTIONS	SIGNATURE ET CACHET

**UN ENFANT EN CROISSANCE A BESOIN CHAQUE
JOUR DE 3 REPAS ET DE COLLATIONS :
DONNEZ DES ALIMENTS VARIÉS**

COMPTE RENDU

1	
2	
3	
4	
5	

D'HOSPITALISATION

**UN ENFANT QUI A LA DIARRHÉE DOIT PRENDRE
DES SELS DE RÉHYDRATION ORALE ET DU ZINC**

COMPTE RENDU D'INTERVENTIONS

1	
2	
3	
4	
5	

CHIRURGICALES

ENCOURAGER LES ENFANTS À BOIRE ET À MANGER PENDANT LA MALADIE ET LEUR DONNER DES ALIMENTS SUPPLEMENTAIRES APRES GUERISON LES AIDE A RECUPERER PLUS VITE

UN ENFANT QUI A DE LA FIEVRE DOIT ETRE EXAMINE PAR UN AGENT DE SANTE QUALIFIE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

B.C.G **		
Date	Méthode et N° de lot	Signature et cachet
Date	Réactions tuberculiques	
Vaccination contre : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite Hépatite B, Haémophilus influenzae B		
Date	N° de lots et mode d'administration	Signature et cachet
RAPPEL		
Rougeole (V.A.R.)		
Date	N° de lots et mode d'administration	Signature et cachet
FIEVRE JAUNE		
Date	N° de lots et mode d'administration	Signature et cachet

VACCIN ANTI - PNEUMOCOQUE			
Date	N° de Lot	Dose et VA (*)	Signature et cachet
ROR			
Date	N° de Lot	Dose et ROR	Signature et cachet
AUTRES HEPATITES			
Date	N° de Lot	Dose	Signature et cachet
FIEVRE TYPHOIDE			
Date	N° de Lot	Dose	Signature et cachet
VACCIN ANTI-MENINGOCOCCIQUE			
Date	N° de Lot	Dose et VA (*)	Signature et cachet

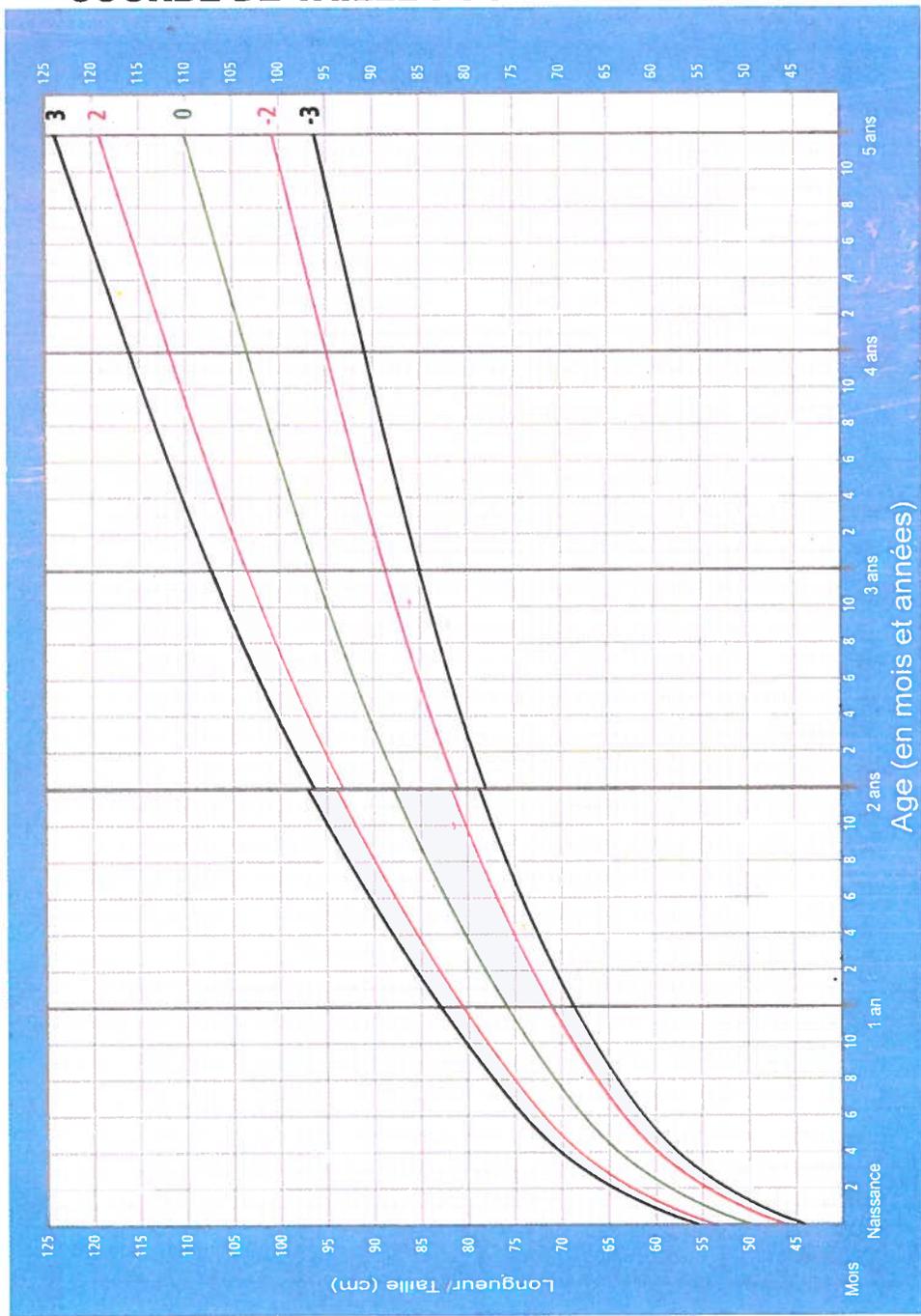
(*) VA : Voie d'administration

(**) Fortement recommandée avant l'entrée en communauté.

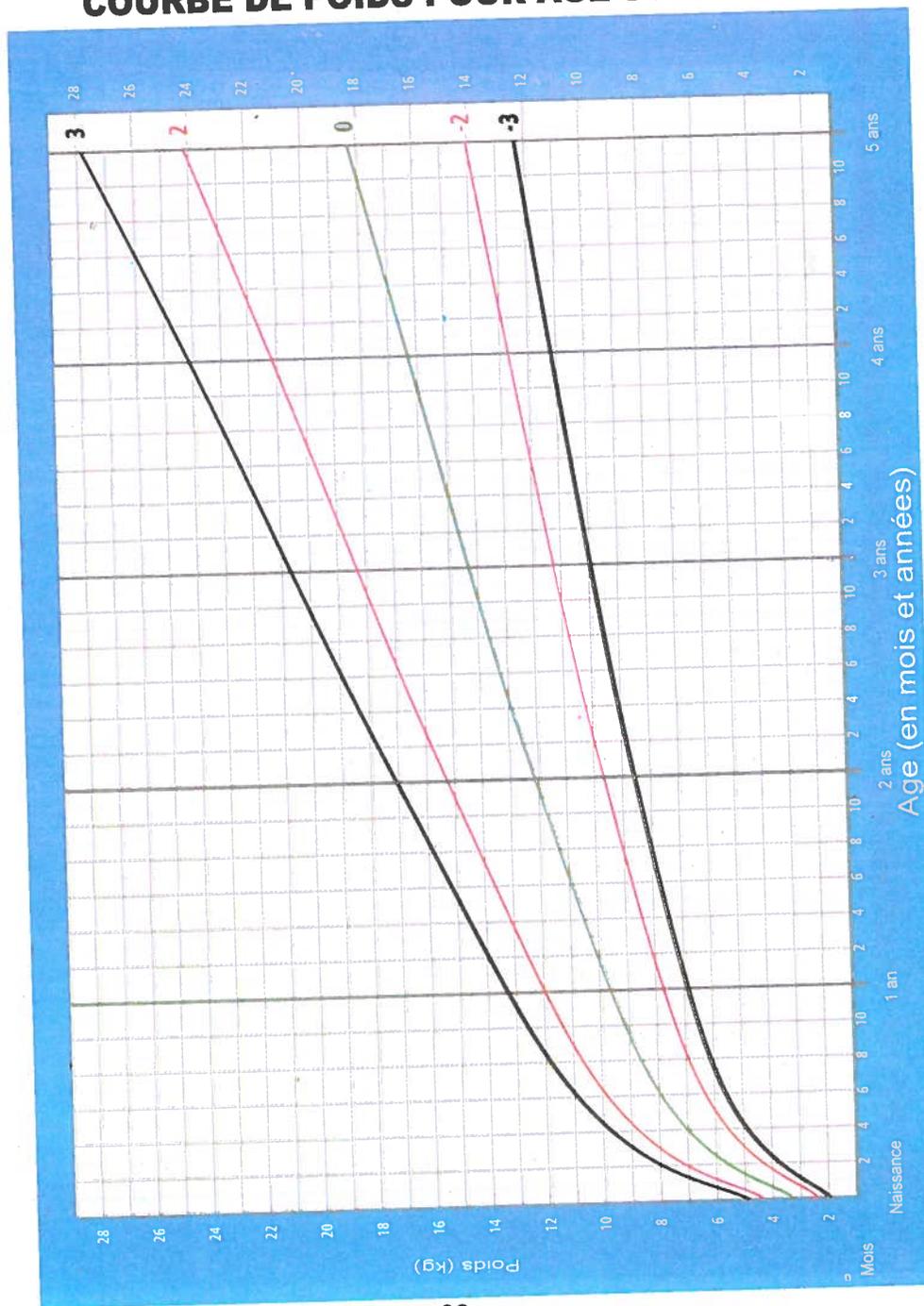
NE PRENEZ AUCUN RISQUE SUR LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT, FAITES-LE VACCINER

NE PRENEZ AUCUN RISQUE SUR LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT, FAITES-LE VACCINER EN ROUTINE ET LORS DES JOURNÉES

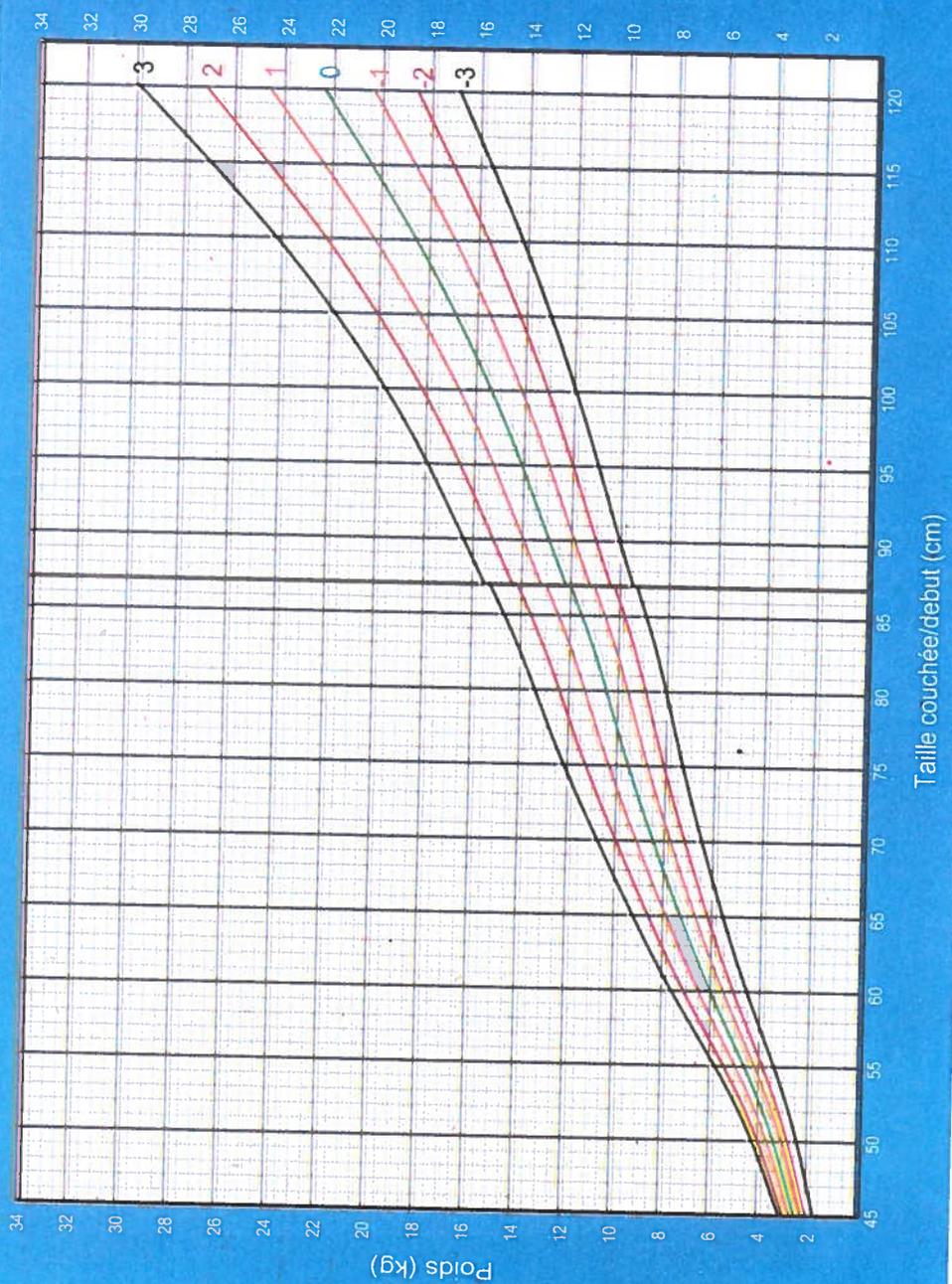
COURBE DE TAILLE POUR AGE DE 0 A 5 ANS



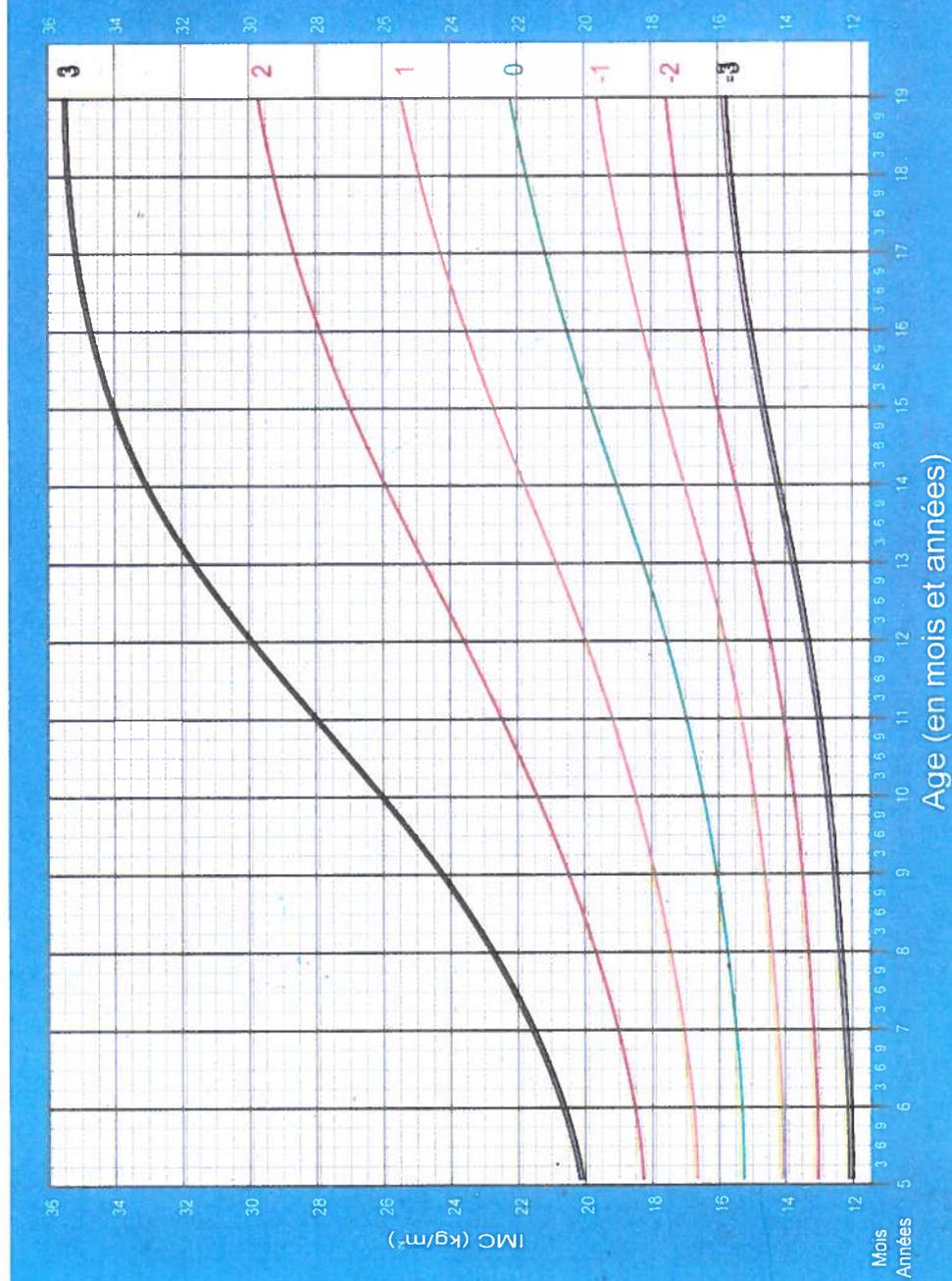
COURBE DE POIDS POUR AGE 0 A 5 ANS



COURBE DE POIDS POUR TAILLE DE 0 A 5 ANS



COURBE D'IMC POUR AGE 5 A 19 ANS



Mesure du tour de bras à mi-hauteur : (PERIMETRE BRACHIAL)

Valable de 6 à 59 mois pour un dépistage dans la communauté

Légende :

Rouge : malnutrition aigue sévère, à confirmer avec l'indicateur poids/taille par un agent de santé

Jaune : malnutrition aigue modérée

Vert : pas de malnutrition aigue



EXAMEN D'ENTREE A LA MATERNELLE 1

DATE :
AGE :
POIDS :
TAILLE :

EXAMEN NORMAL : OUI NON

ANOMALIES OBSERVEES

EXAMEN D'ENTREE A LA MATERNELLE 2

DATE :
AGE :
POIDS :
TAILLE :

EXAMEN NORMAL : OUI NON

ANOMALIES OBSERVEES

EXAMEN D'ENTREE A LA MATERNELLE 3

DATE :
AGE :
POIDS :
TAILLE :

EXAMEN NORMAL : OUI NON

ANOMALIES OBSERVEES

RECOMMANDATIONS MEDICALES PARTICULIERES

Contre indications - Allergies - Traitements permanents ou de longue durée :
Maladies chroniques

RECOMMANDATIONS MEDICALES PARTICULIERES

Contre indications - Allergies - Traitements permanents ou de longues durée :
Maladies chroniques

Examen orienté vers la pratique d'une activité physique

A cet âge la pratique régulière d'une activité physique assure à l'enfant un développement physique et intellectuel harmonieux en améliorant ses capacités physiques d'adaptation et enrichissant son univers psychoémotionnel.

Antécédents familiaux : Certaines pathologies peuvent être influencées (améliorées ou aggravées) par l'exercice. Certaines sont familiales. Il est donc important de les connaître.

Résumé des antécédents personnels
(asthme, allergie, diabète, accidents, autres, etc.)

Examen psychomoteur

Langage, expression :

Orientation :

-sur autrui non oui - évoque son passé,

-sur objet non oui - établi des projets non oui

Sauter-toucher talons/mains non oui - lit sans difficultés non oui

Coordination doigts et pieds non oui - comprend et restitue un texte non oui

Troubles de l'équilibre non oui - parle de lui sans difficultés non oui

Mobilisation passive des membres supérieurs non oui

Comportement : _____

Latéralité (droite : D, gauche : G, mal fixée : MF) _____

Main : oeil : Pied : _____

Activités physiques extra-scolaires

Nombre d'heures par semaine : _____ Disciplines pratiquées : _____

Examen somatique

Mensurations (à reporter pages 74 à 79)

Poids (P) : _____ Taille (T) : _____ Segment supérieur : _____ Corpulence (P/T²) : _____

Fonctions respiratoire et cardio-vasculaire

Périmètre thoracique (cm) inspiratoire : _____ expiratoire : _____
Débitmètre de pointe (ou capacité vitale) : _____ Perméabilité nasale : _____
Auscultation : test d'effort (Ruffier) : 30 flexions talon-fesse en 45s.
-pulmonaire : (cardio fréquence-mètre ou CEG recommandé)

cardiaque :

vasculaire :

	POULS	T.A.
Repos		
MAX		
1 mn récupération		
3 mn récupération		

Appréciation de la musculature

Faible Normale Développée

Dynamomètre (kg) : main droite : _____ main gauche : _____

Rachis

Attitude : normale à surveiller

Trouble de posture : latérale antéro-postérieure

Douleur : non oui Location : _____

Distance doigt-sol (cm) : _____ Indice de SchÖber : _____

Articulations

Douleur : non oui Location : _____

Instabilité : non oui Location : _____

Membres inférieurs

Longueur (cm) : droite : _____ gauche : _____ différence : _____

Distance : intercondylienne : _____ intermalléolaire : _____ talon-fesse : _____

Empreinte podale : normale pied creux pied plat

Test de détente verticale (cm) : _____

Conclusions

Absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique

Orientation conseillée vers un praticien de médecine du sport

Contre-indication majeure (à préciser) à la pratique d'une activité physique

Activités conseillées : _____

L'utilisation conjointe du livret médical sportif est recommandée.

Signature et cachet

Examen pratiqué le : _____

par le docteur : _____

LES 5 CLEFS POUR DES ALIMENTS PLUS SÛRS



1. Prenez l'habitude de la propreté

- Lavez-vous les mains avec du savon et souvent
- Lavez les surfaces en contact avec les aliments
- Abritez les aliments des insectes, rongeurs et autres animaux



2. Séparez les aliments crus des cuits

- Séparez viande volaille et poisson des autres aliments
- Lavez les ustensiles (couteaux, planches) utilisés pour couper le cru avant de les utiliser pour le cuit
- Conservez les aliments dans des récipients fermés



3. Faites bien cuire les aliments

- Faites bien cuire les aliments, surtout les œufs, la viande, la volaille et le poisson, faites bouillir les liquides



4. Maintenez les aliments à bonne température

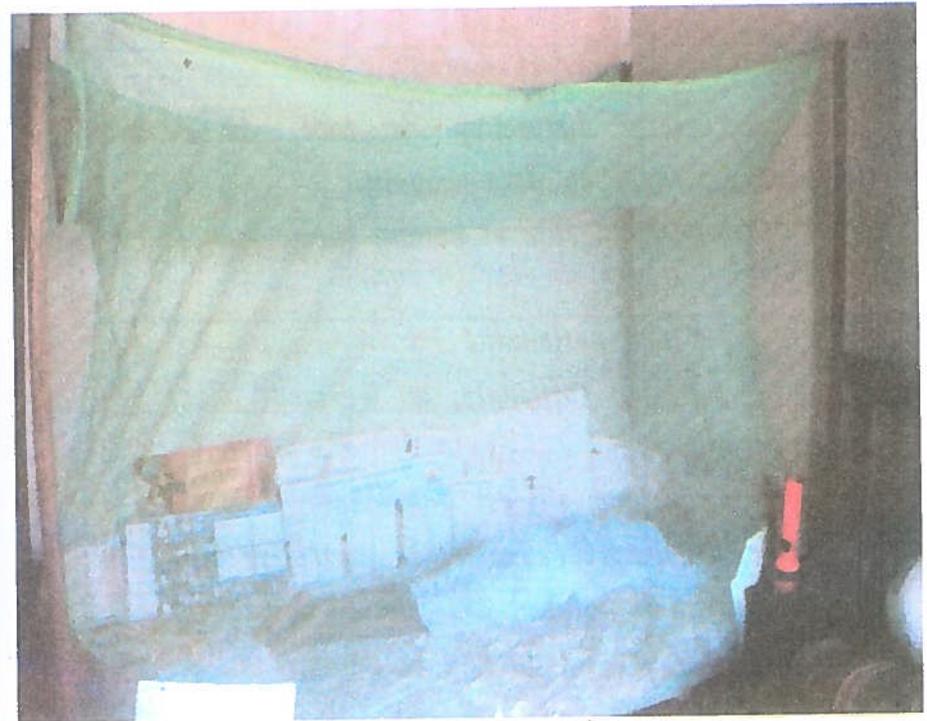
- Ne gardez pas les aliments cuits plus de deux heures à température ambiante
- Réchauffez bien les aliments cuits et les garder au chaud jusqu'au moment de servir
- Gardez si possible au froid les denrées périssables
- Ne gardez pas les aliments trop longtemps, même au froid



5. Utilisez de l'eau et des produits sûrs

- Utilisez de l'eau saine ou traitez-la de façon à éviter les risques de contaminations
- Choisissez les aliments frais ou pasteurisés et sains
- Lavez fruits et légumes, surtout consommés crus

**LE PALUDISME TUE LES PETITS ENFANTS.
LA MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE LES SAUVE**



**FAITES DORMIR VOS ENFANTS SOUS
MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE
POUR PREVENIR LE PALUDISME**

CALENDRIER VACCINAL		
Le vaccin protège votre enfant contre certaines maladies		
VACCINS	AGES	OBSERVATIONS
BCG	Dès la naissance	Ou le plus tôt possible, après la naissance
POLIO 0	Dès la naissance	Jusqu'à 14 jours de vie révolus
DTC 1 Polio 1	A 1 mois 1/2 (6 semaines)	
DTC 2 Polio 2	A 2 mois 1/2 (10 semaines)	
DTC 3 Polio 3	A 3 mois 1/2 (14 semaines)	Rappel entre 15 et 18 mois puis 5 ans
HAEMOPHILUS	Couplé avec DTC Polio	Rappel entre 15 et 18 mois
ROUGEOLE (VAR)	9 mois	Rappel à 15 mois
FIEVRE JAUNE	9 mois	Rappel tous les 10 ans
HEPATITE B	Couplé avec DTC Polio	Rappel entre 15 et 18 mois
ROR	A 15 mois	Rappel à 2 ans
MENINGITE A, C et W135	A 24 mois	Rappel tous les 3 ans
FIEVRE TYPHOIDE	A 24 mois	Rappel tous les 3 ans
PNEUMOCOQUE	6 semaines 10 semaines 14 semaines	Rappel à 2 ans avec Pneumo 23 puis tous les 3 ans

16 Juin

CHAQUE ENFANT A LE DROIT A

1. *L'égalité, sans distinction de race, de couleur, de religion, de sexe ou de nationalité*
2. *Un développement sain et normal sur le plan physique et mental*
3. *Un nom et une nationalité*
4. *Une alimentation suffisante, un logement adéquat et des soins médicaux*
5. *Des soins spéciaux s'ils est handicapé*
6. *L'amour, la compréhension et la protection*
7. *Une éducation gratuite, des jeux et des loisirs*
8. *Un secours immédiat en cas de désastre ou de situation d'urgence*
9. *Une protection contre la cruauté, la négligence et l'exploitation*
10. *Une protection contre la persécution et une éducation qui favorise l'esprit de paix et de fraternité*

LES ENFANTS D'ABORD !

" LES REGLES D'OR FACE A LA DIARRHEE"

**CONTINUER
L'ALLAITEMENT
MATERNEL**



Donner ORASEL Zinc ou une solution eau sucrée salée, à boire très souvent, au moins toutes les 15 minutes, même si l'enfant ne la réclame pas.



Le biberon est source de diarrhée

NOURRISSEZ BIEN VOTRE ENFANT ! ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF JUSQU'À 6 MOIS

PUIS, À PARTIR DE 6 MOIS, COMMENCEZ LA DIVERSIFICATION

TOUT EN POURSUIVANT L'ALLAITEMENT MATERNEL

JUSQU'À 24 MOIS AU MOINS

Age	Aliments conseillés	Nombre de repas
<i>De 6 à 8 mois</i>	Bouillie enrichie épaisse, pâte molle de céréales, purée de tubercule, viande, poisson, œuf, fruits et légumes, arachides et produits laitiers	<i>3 fois par jour avec 1 ou 2 collations</i>
<i>De 9 à 11 mois</i>	Bouillie enrichie épaisse, pâte molle de céréales, purée de tubercule, viande, poisson, œuf, fruits et légumes, arachides et produits laitiers	<i>3 à 4 fois par jour avec 1 à 2 collations</i>
<i>De 12 à 24 mois</i>	Introduction du plat familial avec beaucoup de sauce, viande, poisson, œuf, fruits et légumes, arachides et produits laitiers	<i>3 à 4 fois par jour avec 1 à 2 collations</i>



Eviter le piment et faire manger l'enfant dans son propre plat
ET VOTRE ENFANT SERA EN BONNE SANTÉ !