

REPUBLICQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CARNET DE SANTE
DE LA FEMME

Nom:

Prénoms:

ZATO Levy-Sylvain

ETAT CIVIL

Nom: _____

Prénoms: _____

Date de naissance: _____

Groupe Sanguin: _____ Rhésus: _____

Situation matrimoniale: _____

Profession: _____

Nationalité: _____

Adresse: _____

MESSAGE AUX FEMMES

”Jeunes filles, femmes enceintes et vous femmes susceptibles d’être enceintes, vous êtes menacées par le tétanos au moment de l’accouchement tout comme votre bébé. C’est pourquoi avant le premier accouchement vous devriez avoir reçu au moins deux injections du vaccin antitétanique. Pour les grossesses suivantes, l’Agent de santé vous dira si vous devez recevoir une dose supplémentaire.

Sœurs militantes faites-vous vacciner le plus-tôt possible afin de préserver votre vie et celle de votre enfant.

Il y va de l’avenir de notre pays.”

TONGO MBELA NA AWALI

”A Maseka wali, a mama ti ngo, na ala so a - lingbi ti mè ngo. Sioni kobéla so, a iri ni na yanga ti mounzou franzè: tétanos; ayéké ara e lakoué na ndembe ti doungo ni. Nga na mbague, kobéla so ayéké sara sioni mingui na amolengue ti é. Ndani la, ayéké ndjoni ékoué égoué si awanganga a sourou ndo ti mabok ti é fani oussé na kozo doungo ti é. A dou a tanga ti a ngo ti péko ni, gui wanganga oko nveni si a lingbi ti fa na é yé so é lingbi ti sara.”

VACCINATIONS DES FEMMES EN AGE DE PROCREER ET DES FEMMES ENCEINTES

VACCINATIONS	Dose administrée	Date de vaccination	Cachet et signature du vaccinateur	Date du prochain rendez-vous
VAT ₁				
VAT ₂				
VAT ₃				
VAT ₄				
VAT ₅				

CALENDRIER DE VACCINATIONS DES FEMMES

VAT₁: Premier contact ou le plus tôt possible lors de la première grossesse.

VAT₂: 4 semaines après VAT₁.

VAT₃: 6 à 12 mois après VAT₂ ou lors d'une grossesse ultérieure.

VAT₄: 1 à 3 ans après VAT₃ ou lors d'une grossesse ultérieure.

VAT₅: 1 à 5 ans après VAT₄ ou lors d'une grossesse ultérieure.

MESSAGE AUX FEMMES ENCEINTES

Femmes enceintes,

Présentez-vous le plus-tôt possible à la consultation pré-natale et suivez régulièrement toutes les visites prescrites par l'Agent de santé.

C'est à la consultation prénatale que le développement de votre futur bébé et votre santé sont suivis.

C'est aussi à ces occasions que des conseils peuvent vous être fournis concernant les règles, d'hygiène à observer pour être en bonne santé et mettre au monde un enfant bien portant.

C'est encore à la consultation prénatale que des mesures peuvent être prises ou envisagées afin de vous faire éviter ou minimiser les complications qui peuvent survenir au moment de l'accouchement.

Future Mamans,

Dès que vous sentez proche la venue au monde de votre bébé faites-vous accoucher par un personnel formé et de préférence dans un établissement sanitaire.

SURVEILLANCE des GROSSESSES

1^e GESTATION

FICHE PRENATALE

1. Age: _____
 2. Taille: _____
 3. Date des dernières règles: _____
 4. Antécédents obstétricaux: _____
 - nbre de grossesses antérieures: _____
 - nbre d'avortements _____
 - nbre d'accouchements: dont enfnts vivants: _____
 enfnts morts-nés: _____

5. B.W.: _____
 6. Test d'Emmel: _____
 7. P.V.: _____
 8. Surveillance de la gestation _____
 Facteur de risque: _____

EXAMENS	DATE	Mois de grossesse	POIDS	URINES		HU	BDC	TV	TA	Rendez vous
				albumine	sucré					
1 ^{er} Ex. (av.le 3 ^e mois)										
2 ^{ème} Ex. (pend.le 6 ^e m.)										
3 ^{ème} Ex. (pend.le 8 ^e m.)										
4 ^{ème} Ex. (pend.le 9 ^e m.)										
5 ^{ème} Examen										

9. Chimioprophylaxie du paludisme et de l'anémie

MOIS	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE	5 ^e SEMAINE
1 ^{er} Mois					
2 ^{ème} Mois					
3 ^{ème} Mois					
4 ^{ème} Mois					
5 ^{ème} Mois					
6 ^{ème} Mois					
7 ^{ème} Mois					
8 ^{ème} Mois					
9 ^{ème} Mois					

9. Chimio prophylaxie du paludisme et de l'anémie

MOIS	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE	5 ^e SEMAINE
1 ^{er} Mois					
2 ^{ème} Mois					
3 ^{ème} Mois					
4 ^{ème} Mois					
5 ^{ème} Mois					
6 ^{ème} Mois					
7 ^{ème} Mois					
8 ^{ème} Mois					
9 ^{ème} Mois					

10. Accouchement

Date: _____ Heure: _____

Lieu: _____

Présentation: _____

Modalités de l'accouchement: _____

Durée du travail à la maternité: _____

Délivrance: _____

Observations: _____

Date de sortie de la mère: _____

Etat de la mère à la sortie: _____

11. Le nouveau-né

Né à terme: _____ Préma: _____ Mort-né: _____

Réanimé: _____ Durée: _____

Poids: _____ Taille: _____ Sexe: _____

Périmètre crânien: _____

APGAR : _____

Prophylaxie oculaire: _____

Date de sortie: _____

Poids à la sortie: _____

Etat à la sortie: _____

12. Consultation post-natale

EXAMEN	DATE	MODE d'ALLAIT.	ETAT du PERINEE	T.V.	LOCHIES
1 ^{er} Examen (1 ^{er} Semaine)					
2 ^e Examen (45 jours)					
3 ^e Examen					

3^e GESTATION

FICHE PRENATALE

1. Age: _____
 2. Taille: _____
 3. Date des dernières règles: _____
 4. Antécédents obstétricaux: - nbre de grossesses antérieures: _____
 - nbre d'avortements: _____
 - nbre d'accouchements: dont enfnts vivants: _____
 enfnts morts-nés: _____

5. B.W.: _____

6. Test d'Emmel: _____

7. P.V.: _____

8. Surveillance de la gestation _____ Facteur de risque: _____

EXAMENS	DATE	Mois de grossesse	POIDS	URINES		HU	BDC	TV	TA	Rendez vous
				albumine	sucré					
1 ^{er} Ex. (av.le 3 ^e mois)										
2 ^{ème} Ex. (pend.le 6 ^e m.)										
3 ^{ème} Ex. (pend.le 8 ^e m.)										
4 ^{ème} Ex. (pend.le 9 ^e m.)										
5 ^{ème} Examen										

9. Chimio prophylaxie du paludisme et de l'anémie

MOIS	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE	5 ^e SEMAINE
1 ^{er} Mois					
2 ^{ème} Mois					
3 ^{ème} Mois					
4 ^{ème} Mois					
5 ^{ème} Mois					
6 ^{ème} Mois					
7 ^{ème} Mois					
8 ^{ème} Mois					
9 ^{ème} Mois					

10. Accouchement

Date: _____ Heure: _____
 Lieu: _____
 Présentation: _____
 Modalités de l'accouchement: _____
 Durée du travail à la maternité: _____
 Délivrance: _____
 Observations: _____
 Date de sortie de la mère: _____
 Etat de la mère à la sortie: _____

11. Le nouveauné

Né à terme: _____ Préma: _____ Mort-né: _____
 Réanimé: _____ Durée: _____
 Poids: _____ Taille: _____ Sexe: _____
 Périmètre crânien: _____
 APGAR : _____
 Prophylaxie oculaire: _____
 Date de sortie: _____
 Poids à la sortie: _____
 Etat à la sortie: _____

12. Consultation post-natale

EXAMEN	DATE	MODE d'ALLAIT.	ETAT du PERINEE	T.V.	LOCHIES
1 ^{er} Examen (1 ^{er} Semaine)					
2 ^e Examen (45 jours)					
3 ^e Examen					

4^e GESTATION

1. Age: _____
 2. Taille: _____
 3. Date des dernières règles: _____
 4. Antécédents obstétricaux: - nbre de grossesses antérieures: _____
 - nbre d'avortements _____
 - nbre d'accouchements: dont enfnts vivants: _____
 enfnts morts-nés: _____

5. B.W.: _____

6. Test d'Emmel: _____

7. P.V.: _____

8. Surveillance de la gestation _____

FICHE PRENATALE

Région Sanitaire N° _____
 Centre: _____
 Fiche N° _____

Facteur de risque: _____

EXAMENS	DATE	Mois de grossesse	POIDS	URINES		HU	BDC	TV	TA	Rendez vous
				albumine	sucré					
1 ^{er} Ex. (av. le 3 ^e mois)										
2 ^{ème} Ex. (pend. le 6 ^e m.)										
3 ^{ème} Ex. (pend. le 8 ^e m.)										
4 ^{ème} Ex. (pend. le 9 ^e m.)										
5 ^{ème} Examen										

9. Chimio prophylaxie du paludisme et de l'anémie

MOIS	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE	5 ^e SEMAINE
1 ^{er} Mois					
2 ^{ème} Mois					
3 ^{ème} Mois					
4 ^{ème} Mois					
5 ^{ème} Mois					
6 ^{ème} Mois					
7 ^{ème} Mois					
8 ^{ème} Mois					
9 ^{ème} Mois					

10. Accouchement

Date: _____ Heure: _____
 Lieu: _____
 Présentation: _____
 Modalités de l'accouchement: _____
 Durée du travail à la maternité: _____
 Délivrance: _____
 Observations: _____
 Date de sortie de la mère: _____
 Etat de la mère à la sortie: _____

11. Le nouveau-né

Né à terme: _____ Préma: _____ Mort-né: _____
 Réanimé: _____ Durée: _____
 Poids: _____ Taille: _____ Sexe: _____
 Périmètre crânien: _____
 APGAR: _____
 Prophylaxie oculaire: _____
 Date de sortie: _____
 Poids à la sortie: _____
 Etat à la sortie: _____

12. Consultation post-natale

EXAMEN	DATE	MODE d'ALLATT.	ETAT du PERINEE	T.V.	LOCHIES
1 ^{er} Examen (1 ^{re} Semaine)					
2 ^e Examen (45 jours)					
3 ^e Examen					

5^e GESTATION

FICHE PRENATALE

1. Age: _____
 2. Taille: _____
 3. Date des dernières règles: _____
 4. Antécédents obstétricaux: - nbre de grossesses antérieures: _____
 - nbre d'avortements _____
 - nbre d'accouchements: dont enfnts vivants: _____
 enfnts morts-nés: _____

5. B.W.: _____

6. Test d'Emmel: _____

7. P.V.: _____

8. Surveillance de la gestation _____

Facteur de risque: _____

EXAMENS	DATE	Mois de grossesse	POIDS	URINES		HU	BDC	TV	TA	Rendez vous
				albumine	sucré					
1 ^{er} Ex. (av.le 3 ^e mois)										
2 ^{ème} Ex. (pend.le 6 ^e m.)										
3 ^{ème} Ex. (pend.le 8 ^e m.)										
4 ^{ème} Ex. (pend.le 9 ^e m.)										
5 ^{ème} Examen										

9. Chimio prophylaxie du paludisme et de l'anémie

MOIS	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE	5 ^e SEMAINE
1 ^{er} Mois					
2 ^{ème} Mois					
3 ^{ème} Mois					
4 ^{ème} Mois					
5 ^{ème} Mois					
6 ^{ème} Mois					
7 ^{ème} Mois					
8 ^{ème} Mois					
9 ^{ème} Mois					

10. Accouchement

Date: _____ Heure: _____
 Lieu: _____
 Présentation: _____
 Modalités de l'accouchement: _____
 Durée du travail à la maternité: _____
 Délivrance: _____
 Observations: _____
 Date de sortie de la mère: _____
 Etat de la mère à la sortie: _____

11. Le nouveauné

Né à terme: _____ Préma: _____ Mort-né: _____
 Réanimé: _____ Durée: _____
 Poids: _____ Taille: _____ Sexe: _____
 Périmètre crânien: _____
 APGAR: _____
 Prophylaxie oculaire: _____
 Date de sortie: _____
 Poids à la sortie: _____
 Etat à la sortie: _____

12. Consultation post-natale

EXAMEN	DATE	MODE d'ALLAIT.	ETAT du PERINEE	T.V.	LOCHIES
1 ^{er} Examen (1 ^{er} Semaine)					
2 ^e Examen (45 jours)					
3 ^e Examen					

6,° GESTATION

1. Age: _____
 2. Taille: _____
 3. Date des dernières règles: _____
 4. Antécédents obstétricaux: _____
 - nbre de grossesses antérieures: _____
 - nbre d'avortements _____
 - nbre d'accouchements: dont enfants vivants: _____
 enfants morts-nés: _____

FICHE PRENATALE

Région Sanitaire N° _____
 Centre: _____
 Fiche N° _____

5. B.W.: _____

6. Test d'Emmel: _____

7. P.V.: _____

8. Surveillance de la gestation

Facteur de risque: _____

EXAMENS	DATE	Mois de grossesse	POIDS	URINES		HU	BDC	TV	TA	Rendez vous
				albumine	sucré					
1 ^{er} Ex. (av. le 3 ^e mois)										
2 ^{ème} Ex. (pend. le 6 ^e m.)										
3 ^{ème} Ex. (pend. le 8 ^e m.)										
4 ^{ème} Ex. (pend. le 9 ^e m.)										
5 ^{ème} Examen										

9. Chimio prophylaxie du paludisme et de l'anémie

MOIS	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE	5 ^e SEMAINE
1 ^{er} Mois					
2 ^{ème} Mois					
3 ^{ème} Mois					
4 ^{ème} Mois					
5 ^{ème} Mois					
6 ^{ème} Mois					
7 ^{ème} Mois					
8 ^{ème} Mois					
9 ^{ème} Mois					

10. Accouchement

Date: _____ Heure: _____
 Lieu: _____
 Présentation: _____
 Modalités de l'accouchement: _____
 Durée du travail à la maternité: _____
 Délivrance: _____
 Observations: _____
 Date de sortie de la mère: _____
 Etat de la mère à la sortie: _____

11. Le nouveauné

Né à terme: _____ Préma: _____ Mort-né: _____
 Réanimé: _____ Durée: _____
 Poids: _____ Taille: _____ Sexe: _____
 Périmètre cranien: _____
 APGAR : _____
 Prophylaxie oculaire: _____
 Date de sortie: _____
 Poids à la sortie: _____
 Etat à la sortie: _____

12. Consultation post-natale

EXAMEN	DATE	MODE d'ALLAIT.	ETAT du PERINEE	T.V.	LOCHIES
1 ^{er} Examen (1 ^{er} Semaine)					
2 ^e Examen (45 jours)					
3 ^e Examen					

7^e GESTATION

FICHE PRENATALE

1. Age: _____
 2. Taille: _____
 3. Date des dernières règles: _____
 4. Antécédents obstétricaux: - nbre de grossesses antérieures: _____
 - nbre d'avortements _____
 - nbre d'accouchements: dont enfants vivants: _____
 enfants morts-nés: _____

5. B.W.: _____

6. Test d'Emmel: _____

7. P.V.: _____

8. Surveillance de la gestation

Facteur de risque: _____

EXAMENS	DATE	Mois de grossesse	POIDS	URINES		HU	BDC	TV	TA	Rendez vous
				albumine	sucré					
1 ^{er} Ex. (av. le 3 ^e mois)										
2 ^{ème} Ex. (pend. le 6 ^e m.)										
3 ^{ème} Ex. (pend. le 8 ^e m.)										
4 ^{ème} Ex. (pend. le 9 ^e m.)										
5 ^{ème} Examen										

9. Chimio prophylaxie du paludisme et de l'anémie

MOIS	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE	5 ^e SEMAINE
1 ^{er} Mois					
2 ^{ème} Mois					
3 ^{ème} Mois					
4 ^{ème} Mois					
5 ^{ème} Mois					
6 ^{ème} Mois					
7 ^{ème} Mois					
8 ^{ème} Mois					
9 ^{ème} Mois					

10. Accouchement

Date: _____ Heure: _____
 Lieu: _____
 Présentation: _____
 Modalités de l'accouchement: _____
 Durée du travail à la maternité: _____
 Délivrance: _____
 Observations: _____
 Date de sortie de la mère: _____
 Etat de la mère à la sortie: _____

11. Le nouveauné

Né à terme: _____ Préma: _____ Mort-né: _____
 Réanimé: _____ Durée: _____
 Poids: _____ Taille: _____ Sexe: _____
 Périmètre cranien: _____
 APGAR: _____
 Prophylaxie oculaire: _____
 Date de sortie: _____
 Poids à la sortie: _____
 Etat à la sortie: _____

12. Consultation post-natale

EXAMEN	DATE	MODE d'ALLAIT.	ETAT du PERINEE	T.V.	LOCHIES
1 ^{er} Examen (1 ^{er} Semaine)					
2 ^e Examen (45 jours)					
3 ^e Examen					

8, e GESTATION

- Age: _____
- Taille: _____
- Date des dernières règles: _____
- Antécédents obstétricaux: - nbre de grossesses antérieures: _____
 - nbre d'avortements _____
 - nbre d'accouchements: dont enfnts vivants: _____
 enfnts morts-nés: _____
- B.W.: _____
- Test d'Emmel: _____
- P.V.: _____
- Surveillance de la gestation _____

FICHE PRENATALE

Région Sanitaire N° _____
 Centre: _____
 Fiche N° _____

Facteur de risque:

EXAMENS	DATE	Mois de grossesse	POIDS	URINES		HU	BDC	TV	TA	Rendez vous
				albumine	sucré					
1 ^{er} Ex. (av.le 3 ^e mois)										
2 ^{ème} Ex. (pend.le 6 ^e m.)										
3 ^{ème} Ex. (pend.le 8 ^e m.)										
4 ^{ème} Ex. (pend.le 9 ^e m.)										
5 ^{ème} Examen										

9. Chimio prophylaxie du paludisme et de l'anémie

MOIS	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE	5 ^e SEMAINE
1 ^{er} Mois					
2 ^{ème} Mois					
3 ^{ème} Mois					
4 ^{ème} Mois					
5 ^{ème} Mois					
6 ^{ème} Mois					
7 ^{ème} Mois					
8 ^{ème} Mois					
9 ^{ème} Mois					

10. Accouchement

Date: _____ Heure: _____
 Lieu: _____
 Présentation: _____
 Modalités de l'accouchement: _____
 Durée du travail à la maternité: _____
 Délivrance: _____
 Observations: _____
 Date de sortie de la mère: _____
 Etat de la mère à la sortie: _____

11. Le nouveau-né

Né à terme: _____ Préma: _____ Mort-né: _____
 Réanimé: _____ Durée: _____
 Poids: _____ Taille: _____ Sexe: _____
 Périmètre crânien: _____
 APGAR: _____
 Prophylaxie oculaire: _____
 Date de sortie: _____
 Poids à la sortie: _____
 Etat à la sortie: _____

12. Consultation post-natale

EXAMEN	DATE	MODE d'ALLAIT.	ETAT du PERINEE	T.V.	LOCHIES
1 ^{er} Examen (1 ^{er} Semaine)					
2 ^e Examen (45 jours)					
3 ^e Examen					

Gardez précieusement ce carnet.

Présentez-le à l'occasion de toutes les consultations médicales.

Il peut vous sauver la vie et celle de votre enfant.