

**REPUBLIQUE TOGOLAISE**

---

**Travail - Liberté - Patrie**



**MINISTERE DE LA SANTE**

---

**Division de la Santé Familiale / OMS**

Région.....  
District de .....  
Centre de .....

Numéro d'ordre	Année

## GESTANTE

Nom.....	Prénoms.....
Age .....	Profession.....
Adresse .....	
.....	
Groupe <input type="text"/>	Rh <input type="text"/>

## PARTENAIRE

Nom.....	Prénoms.....
Profession.....	
Adresse .....	
.....	
Groupe <input type="text"/>	Rh <input type="text"/>

## ANTECEDENTS

### MEDICAUX :

Maladie grave

Oui

Non

Si Oui, laquelle .....

### CHIRURGICAUX :

Opération

Oui

Non

Si Oui, laquelle.....Date

### GYNECOLOGIQUES :

Traitement d'infertilité

Oui

Non

Opération sur l'utérus

Oui

Non

Si Oui, laquelle .....Date

Opération sur les seins (cause) : .....

### OBSTETRICaux :

.....  
.....  
Si Césarienne, cause : .....

## GROSSESSE ACTUELLE

DDR

DPA

Taille

### VAT

Dose 1

Dose 2

Dose 3

Dose 4

Dose 5

### RESULTAT SELLES KOP :

.....  
.....

RESULTATS ANALYSES COMPLEMENTAIRES

Lined area for additional analysis results, featuring horizontal dotted lines for writing.

CONSULTATION PRENATALE



SIGNES DE DANGER A LA PREMIERE VISITE :

Lined area for recording danger signs at the first visit, featuring horizontal dotted lines for writing.

DECISION

Empty rounded rectangular box for recording the decision.

SI REFERENCE, LIEU

Empty rounded rectangular box for recording the location if referred.

# SUIVI DE GROSSESSE



Date  AGE DE LA GROSSESSE

Poids  TA  Alb

H.U  BDCF

Mouvement Actif du foetus  Oedèmes

PLAINTES .....

T.V .....

Signes de danger.....

Examens complémentaires .....

Décision/Traitement.....

Rendez-vous

Nom et Prénoms du Prestataire .....Qualification.....

# SUIVI DE GROSSESSE



Date  AGE DE LA GROSSESSE

Poids  TA  Alb

H.U  BDCF

Mouvement Actif du foetus  Oedèmes

PLAINTES .....

T.V .....

Signes de danger.....

Examens complémentaires .....

Décision/Traitement.....

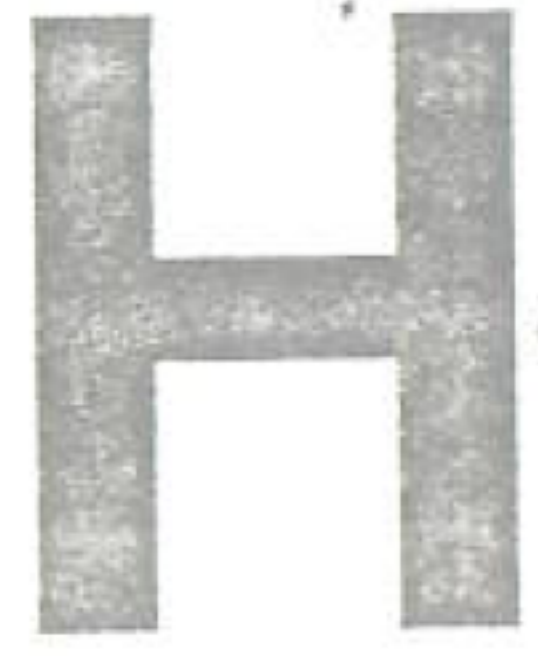
Rendez-vous

Nom et Prénoms du Prestataire .....Qualification.....



# AUTRES AFFECTIONS/HOSPITALISATION

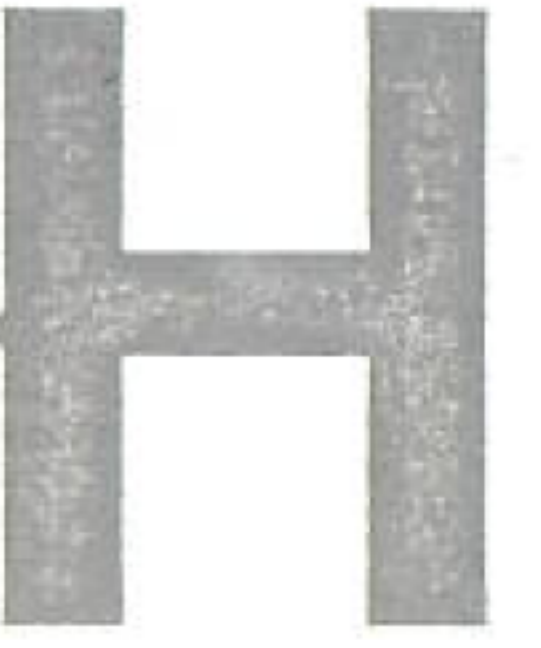
(à préciser : dates, motifs ou diagnostics, traitements, évolution)



A series of horizontal dotted lines providing a template for handwritten text entries.

# AUTRES AFFECTIONS/HOSPITALISATION

(à préciser : dates, motifs ou diagnostics, traitements, évolution)



A series of horizontal dotted lines providing a template for handwritten text entries.

**AUTRES AFFECTIONS/HOSPITALISATION**

(à préciser : dates, motifs ou diagnostics, traitements, évolution)

**H**.....

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

**ACCOUCHEMENT**



DATE

Heure

Lieu .....

Présentation .....

Type d'accouchement .....

Etat du périnée .....

Etat de la vulve et autre parties molles.....

Type de délivrance.....

Révision utérine

Oui

Non

Hémorragie grave

Oui

Non

Allaitement maternel dans : les 30 min  
Après 30 min.

Suites de couche Immédiates bonnes

Oui

Non

Nom et prénoms du Prestataire .....Qualification.....



NOUVEAU-NE



A terme  Prématuré  Vivant

Criant aussitôt  Mort-né

Réanimé  Durée  Réanimé en vain

APGAR 1ère Min  5ème Min  10ème Min

Taille  Périmètre crânien

SEXE M  F  POIDS

VACCINS :

BCG le :  Polio O le :

CONSULTATION POST-NATALE DE LA MERE



PREMIERE VISITE (8è jour) :

Date

Etat général de la Mère : Bon  Passable  Mauvais

Examen gynécologique .....

Diagnostic retenu

Décision / traitement .....

Sensibilisation PF Oui  Non

Méthode FE adoptée .....

Nom et prénoms du prestataire .....

Qualification .....

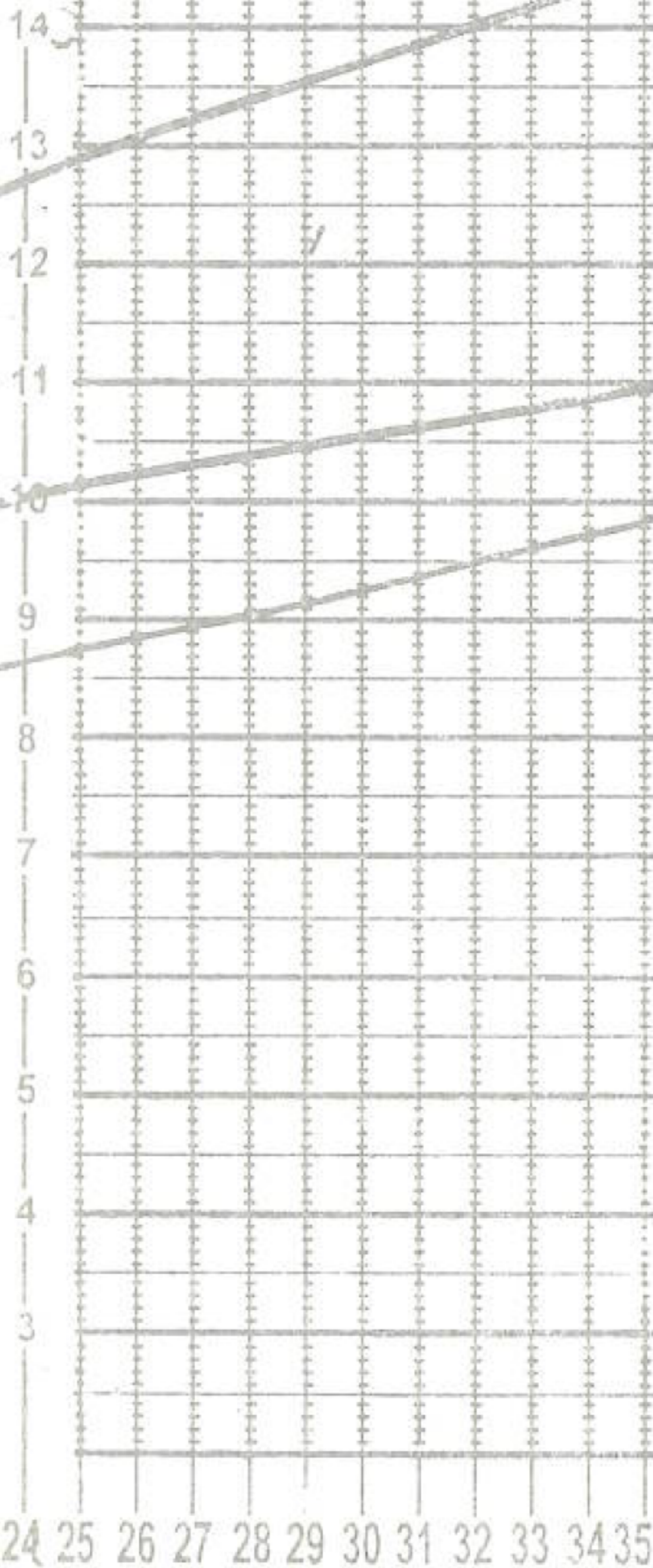
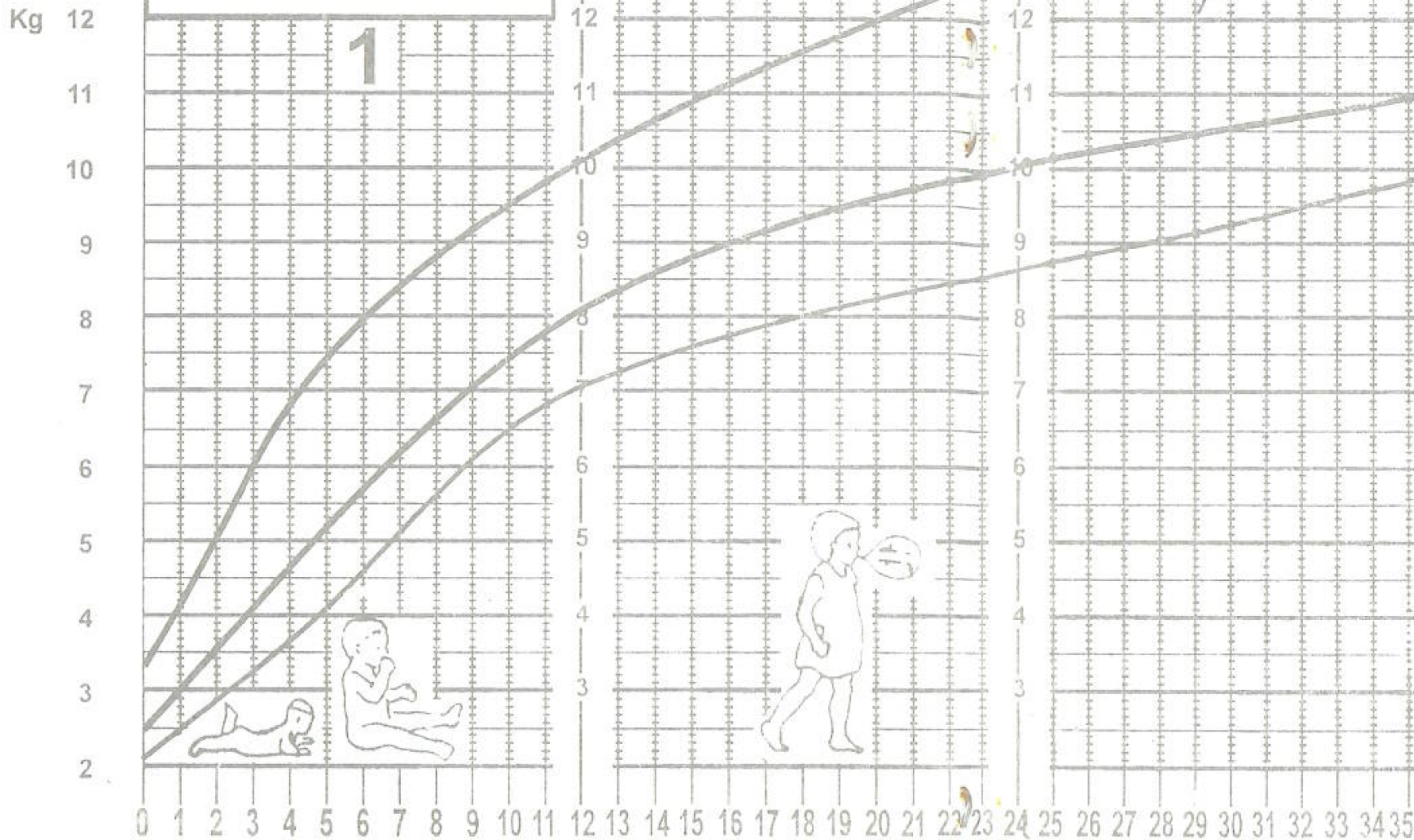


DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE

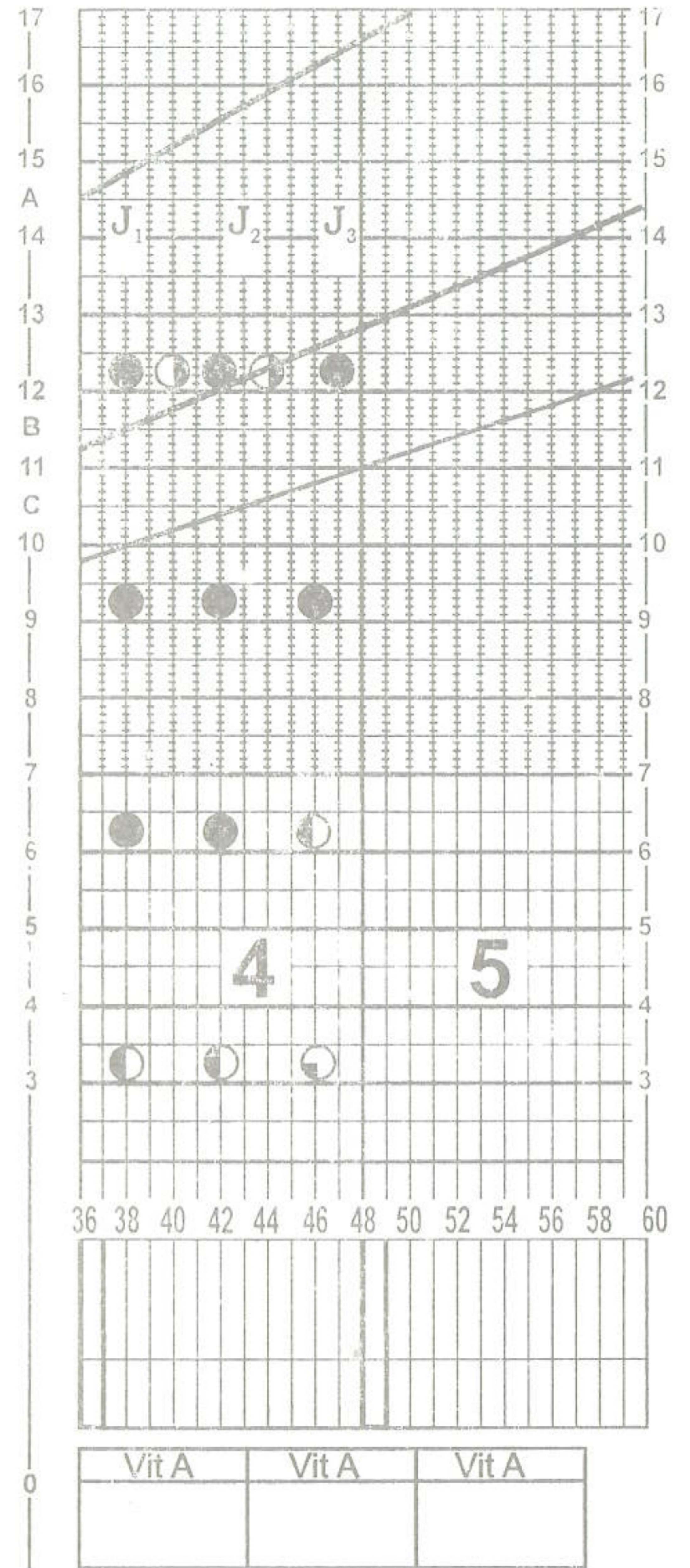
NOM DE L'ENFANT



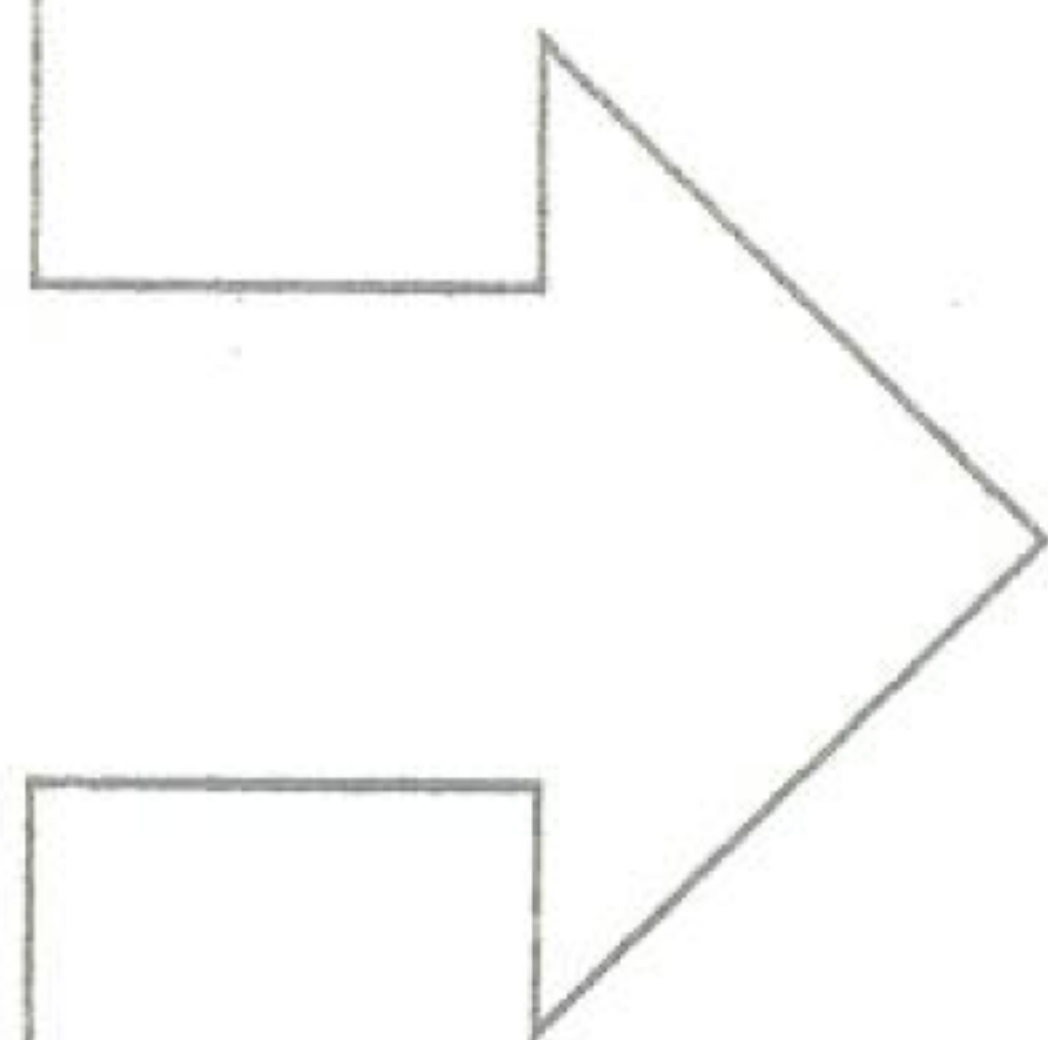
CONSULTATION DE L'ENFANT DE 0 - 5 ANS



MOIS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
ANNEE																																				
LM	+																																			
	±																																			
	-																																			
MERE	R																																			
	E																																			
	SC																																			



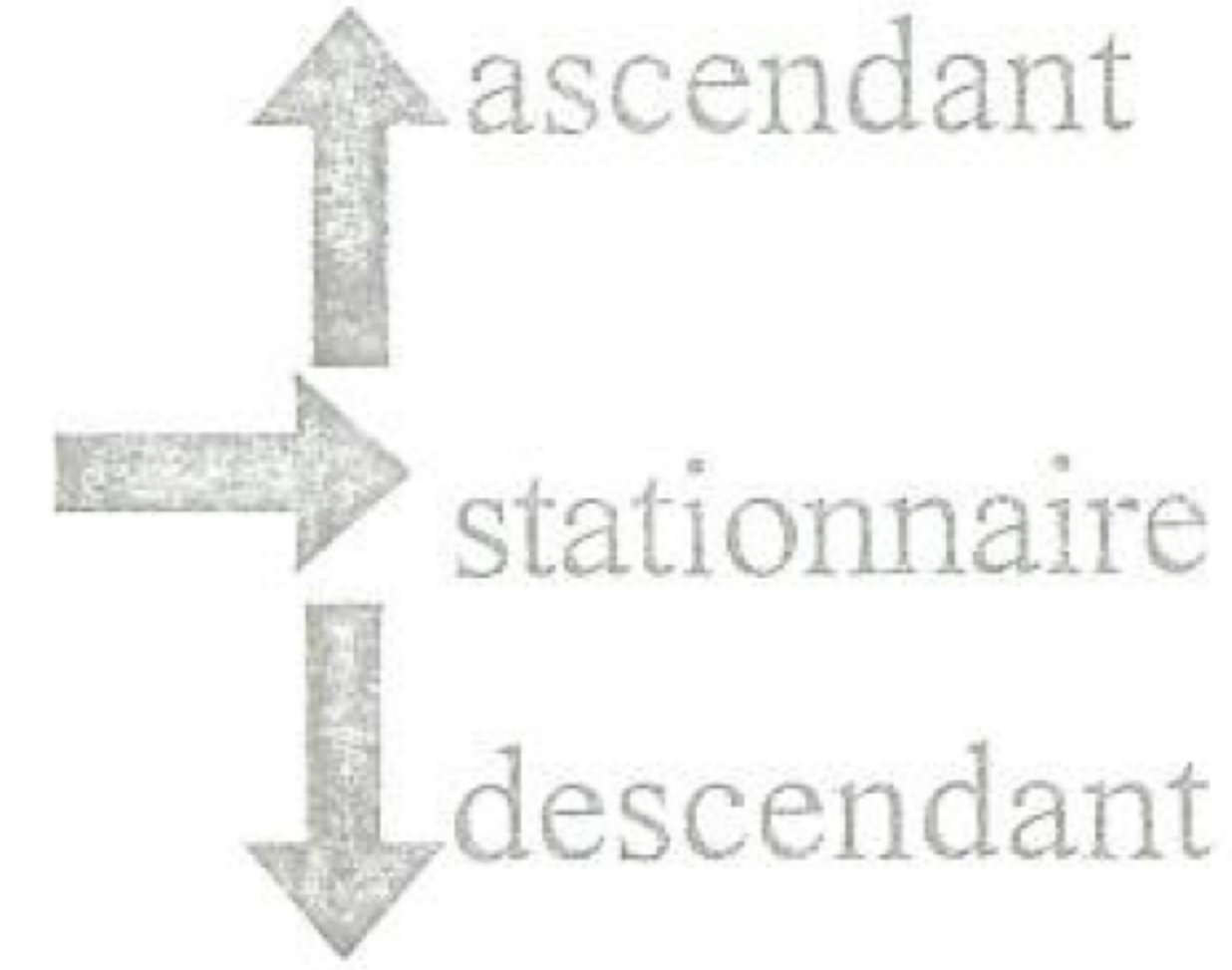
**SURVEILLANCE  
DE  
L'ENFANT**



## CONTROLE ET PROMOTION DE LA CROISSANCE

Date  POIDS  Age   
en mois 

N° de Vaccination	LOTS ET DATES DES VACCINATIONS									
	1ère INJECTION		2ème INJECTION		3ème INJECTION		RAPPEL			
	LOT	DATE	LOT	DATE	LOT	DATE	LOT	DATE	LOT	DATE
BCG										
POLIO ORAL										
DTC-HEPB-HIB										
POLIO ORAL										
ANTIKOU-GEOULEUX										
ANMETA-NIQUE										
ANTIMARIL										
ANTIMENIN-GITIQUE										
AUTRE :										
AUTRE :										



ascendant      Oui

stationnaire      Oui

descendant      Oui

inférieur à B      Oui       Non

inférieur à C      Oui       Non

état vaccinal correct      Oui       Non

**ENFANT A RISQUE ?**    Oui       Non

Nature de risque ? .....

.....

Décision/Traitement .....

.....

.....

Rendez-vous

## CONTROLE ET PROMOTION DE LA CROISSANCE

Date  POIDS  Age   
en mois



↑ ascendant  
→ stationnaire  
↓ descendant

Oui

Oui

Oui

inférieur à B Oui

Non

inférieur à C Oui

Non

état vaccinal correct Oui

Non

**ENFANT A RISQUE ?** Oui  Non

Nature de risque ? .....

Décision/Traitement .....

Rendez-vous

## CONTROLE ET PROMOTION DE LA CROISSANCE

Date  POIDS  Age   
en mois



↑ ascendant  
→ stationnaire  
↓ descendant

Oui

Oui

Oui

inférieur à B Oui

Non

inférieur à C Oui

Non

état vaccinal correct Oui

Non

**ENFANT A RISQUE ?** Oui  Non

Nature de risque ? .....

Décision/Traitement .....

Rendez-vous