

LOGO DE LA SANTE

LOIS ET DROITS VACCINATION

REPUBLIQUE TOGOLAISE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE DIVISION DE L'EPIDEMIOLOGIE

CENTRE DE	N° DE L'ENFANT
.....

NOM DE L'ENFANT

SEXE M F DATE DE NAISSANCE/...../.....

j m a

POIDS DE NAISSANCE kg

OUI NON

Date de la première visite/...../.....

| Statut vaccinal correct OUI NON

NOM DE LA MÈRE

NOM DE LA MÈRE
AGE RESIDENCE

AGE RESIDENCE

NOM DU PERE

AGE **RESIDENCE**

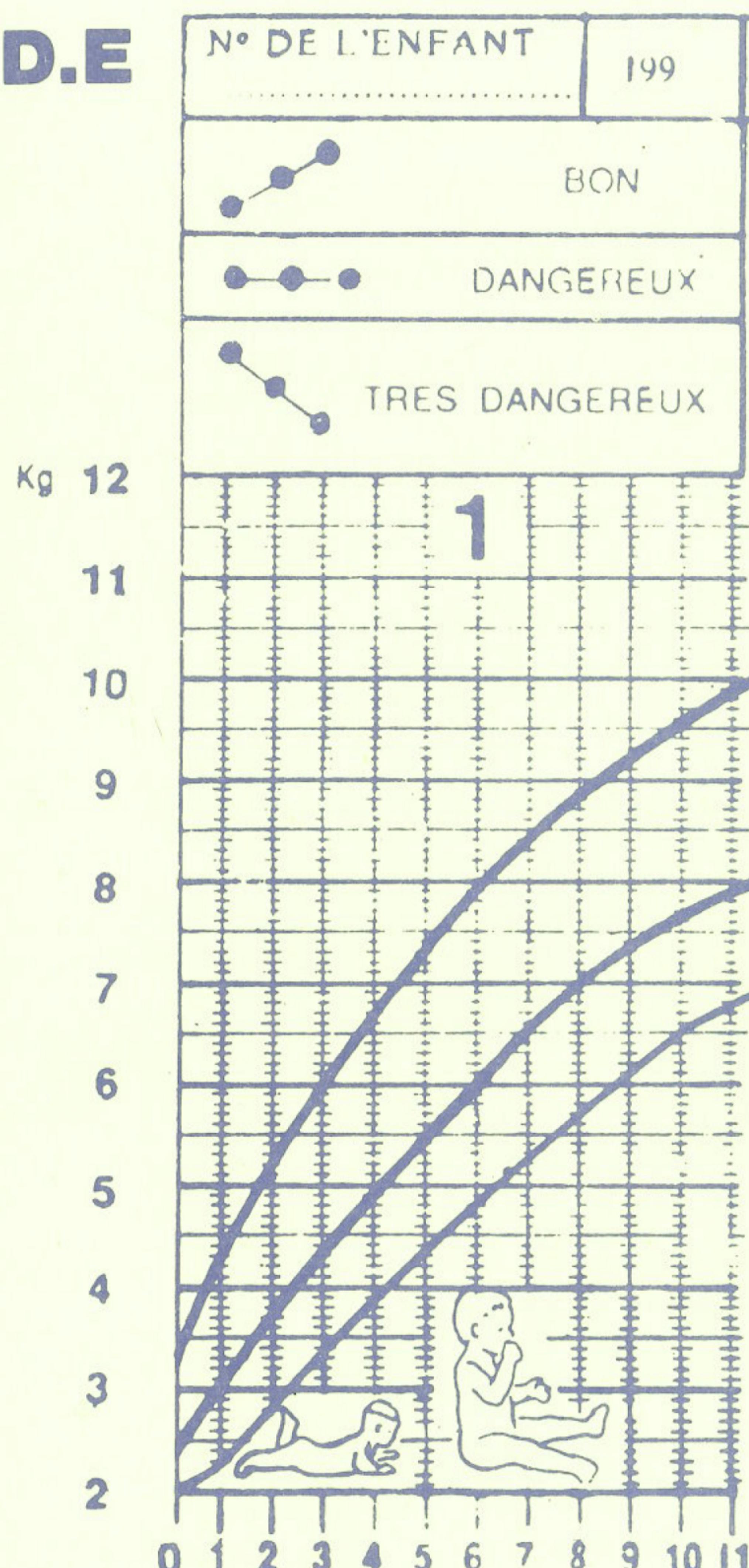
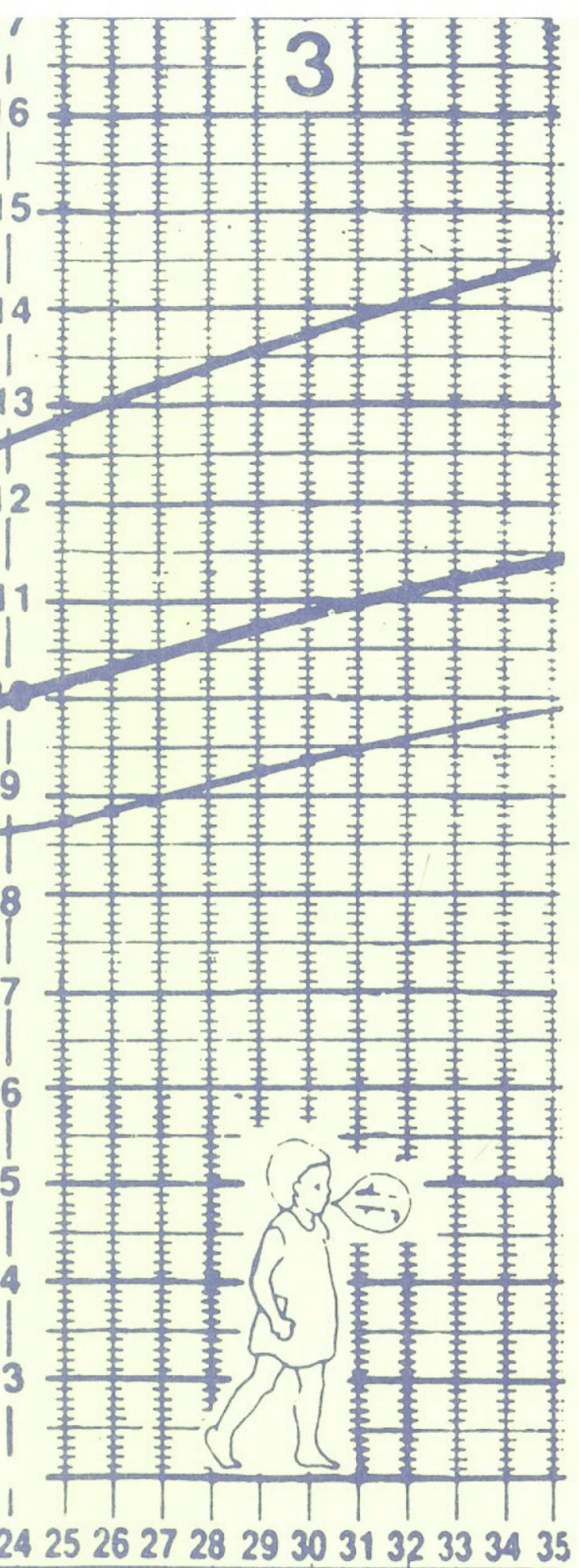
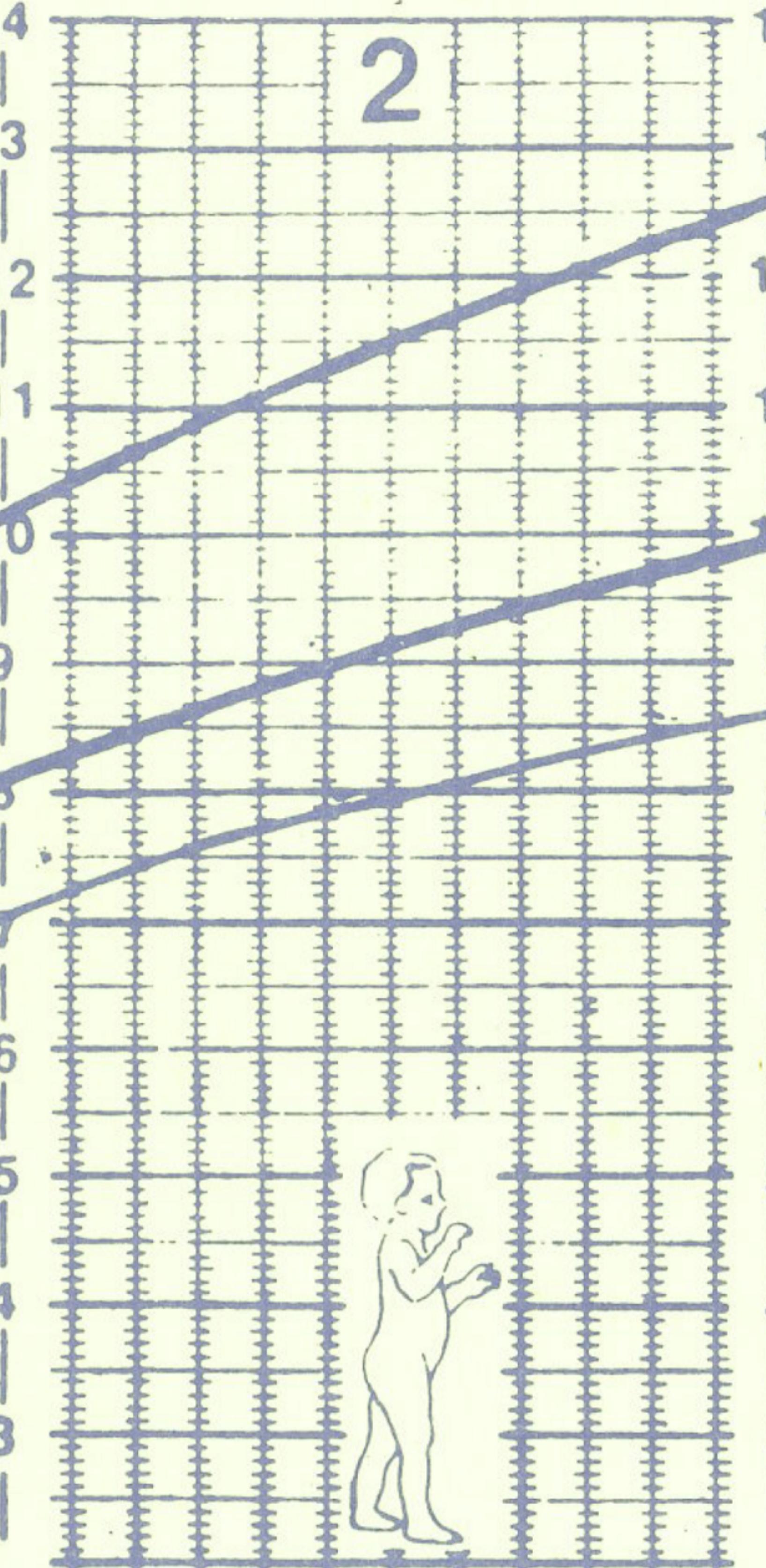
MOTIFS DE SOINS SPECIAUX

- SI REPONSE = OUI. VOIR P. 5**

 1. Poids de naissance inf. à 2.500 gr
 2. Mère décédée
 3. Père décédé
 4. Maladie chronique d'un des parents
 5. Mère a plus de 5 enfants vivants
 6. Frère ou soeur malnourri
 7. L'enfant a un jumeau
 8. L'enfant est nourri à biberon
 9. La mère a un soutien familial insuffisant
 10. La mère a moins de 18 ans
 11. Autres

D.E

COORDINATION SANTE

CONSULTATION DE
L'ENFANT DE 0 - 5 ANS

IODE	IODE	IODE