

RAPPELS		3ème INJECTION		2ème INJECTION		1ère INJECTION		
DATE	LOT	DATE	LOT	DATE	LOT	DATE	LOT	
								BCG
								POLIO ORAL
								DTCOO
								POLIO ORAL
								ANTIROUGEOLEUX
								ANTITETANIQUE
								ANTIAMARIL
								ANTIMENINGITIQUE

DATE	OBSERVATIONS

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 .....

Enfant réanimé à la naissance OUI  NON

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

Statut vaccinal correct OUI  NON

NOM DE LA MERE .....

AGE ..... RESIDENCE .....

NOM DU PERE .....

AGE ..... RESIDENCE .....

MOTIFS DE SOINS SPECIAUX

SI REPONSE = OUI. VOIR P. 5

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

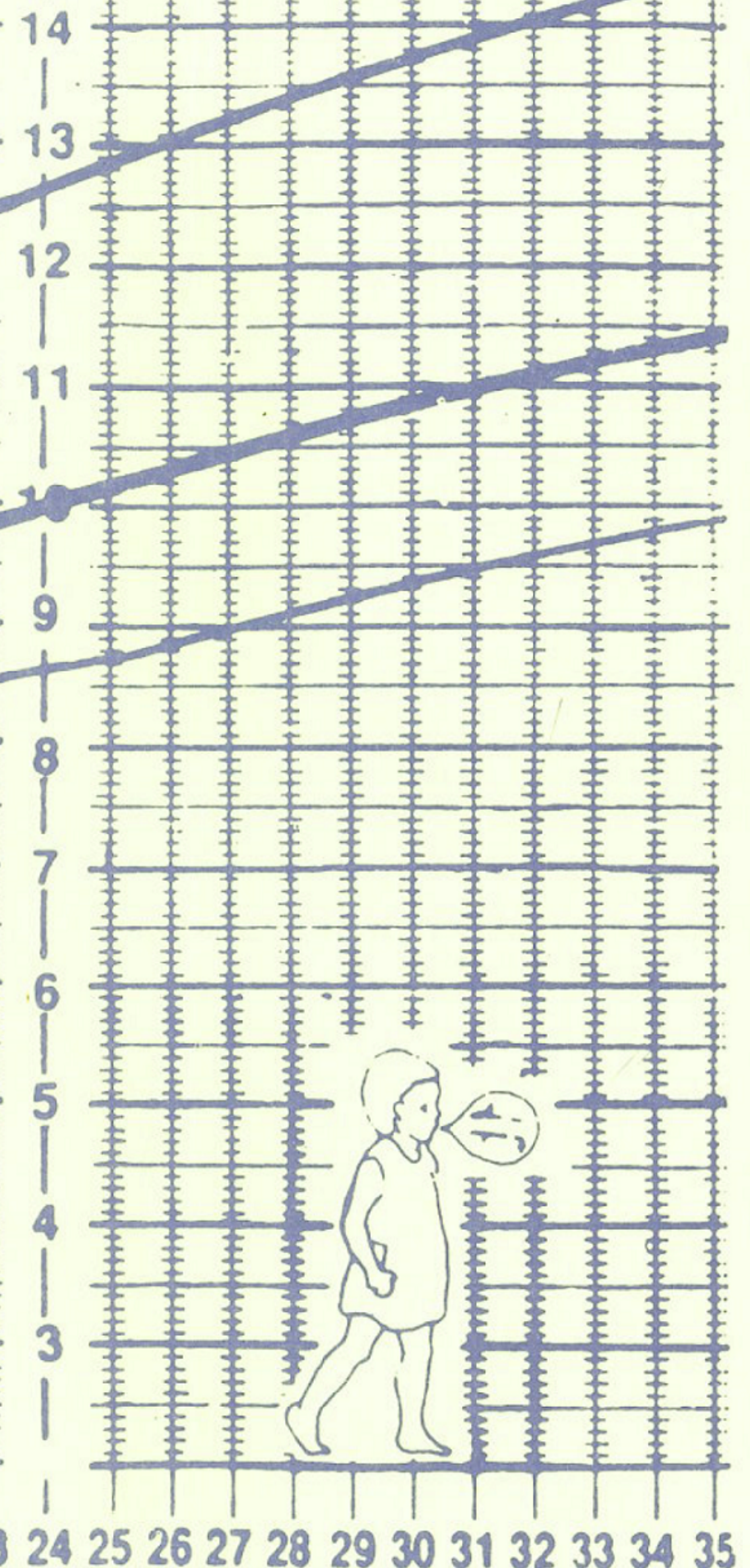
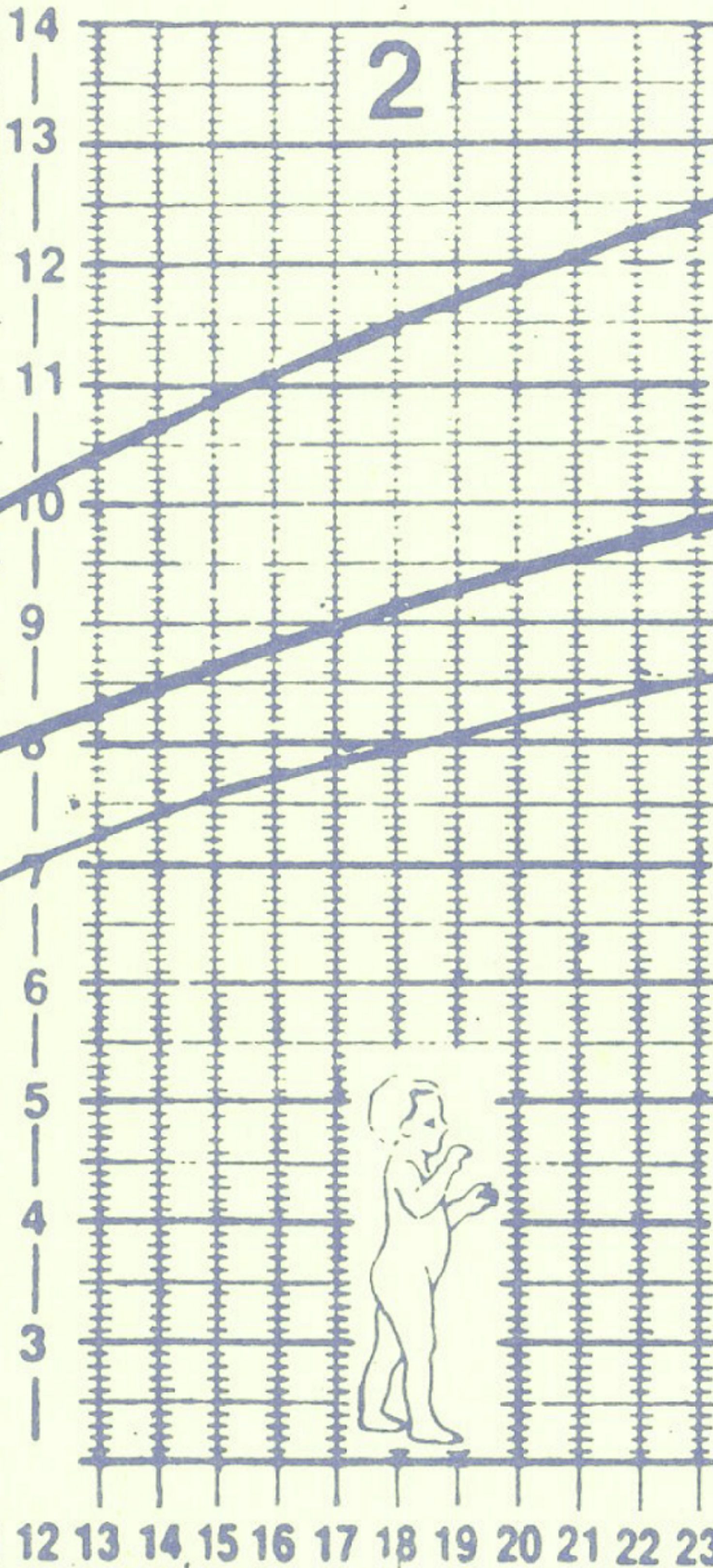
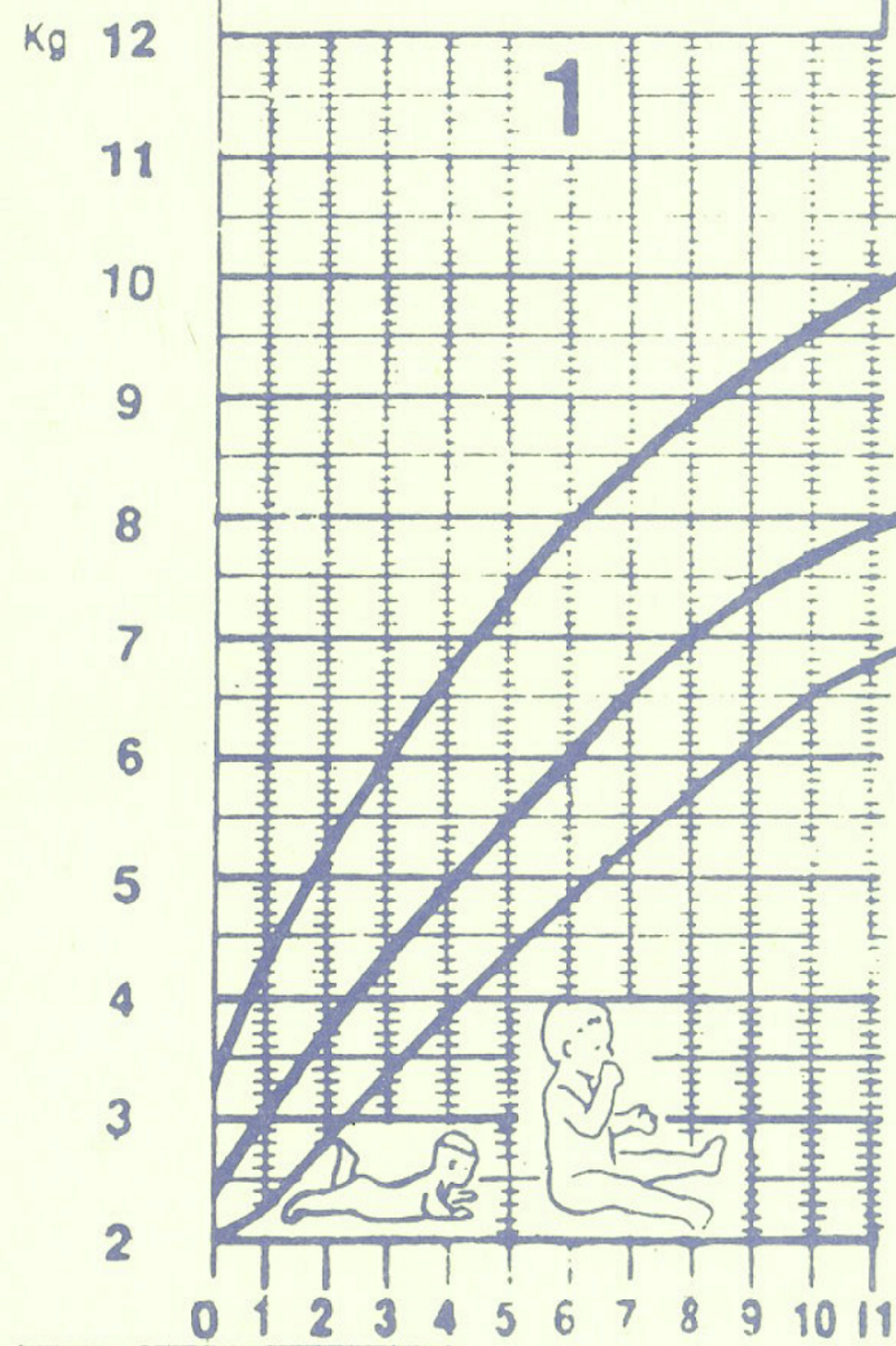
D.E

COORDINATION SANTE

N° DE L'ENFANT	199	199	199	199
----------------	-----	-----	-----	-----

	BON
	DANGEREUX
	TRES DANGEREUX

CONSULTATION DE L'ENFANT DE 0 - 5 ANS

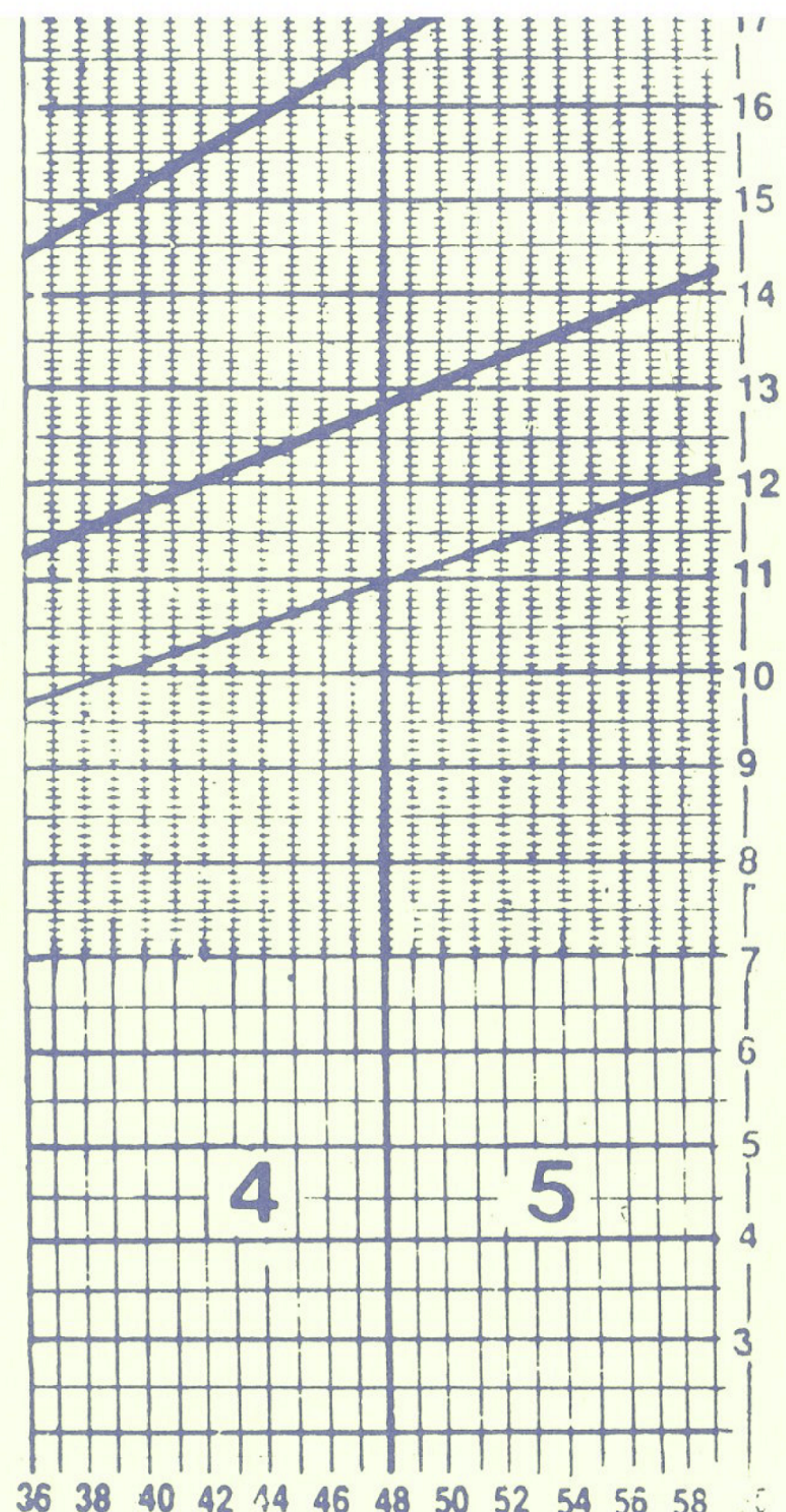


MOIS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
ANNEE																																				
LM																																				
MERE																																				

3

2

1



4

5

IODE	IODE	IODE
------	------	------