

# CARTE INFANTILE

DATE DE NAISSANCE









Jour

Mois

Année

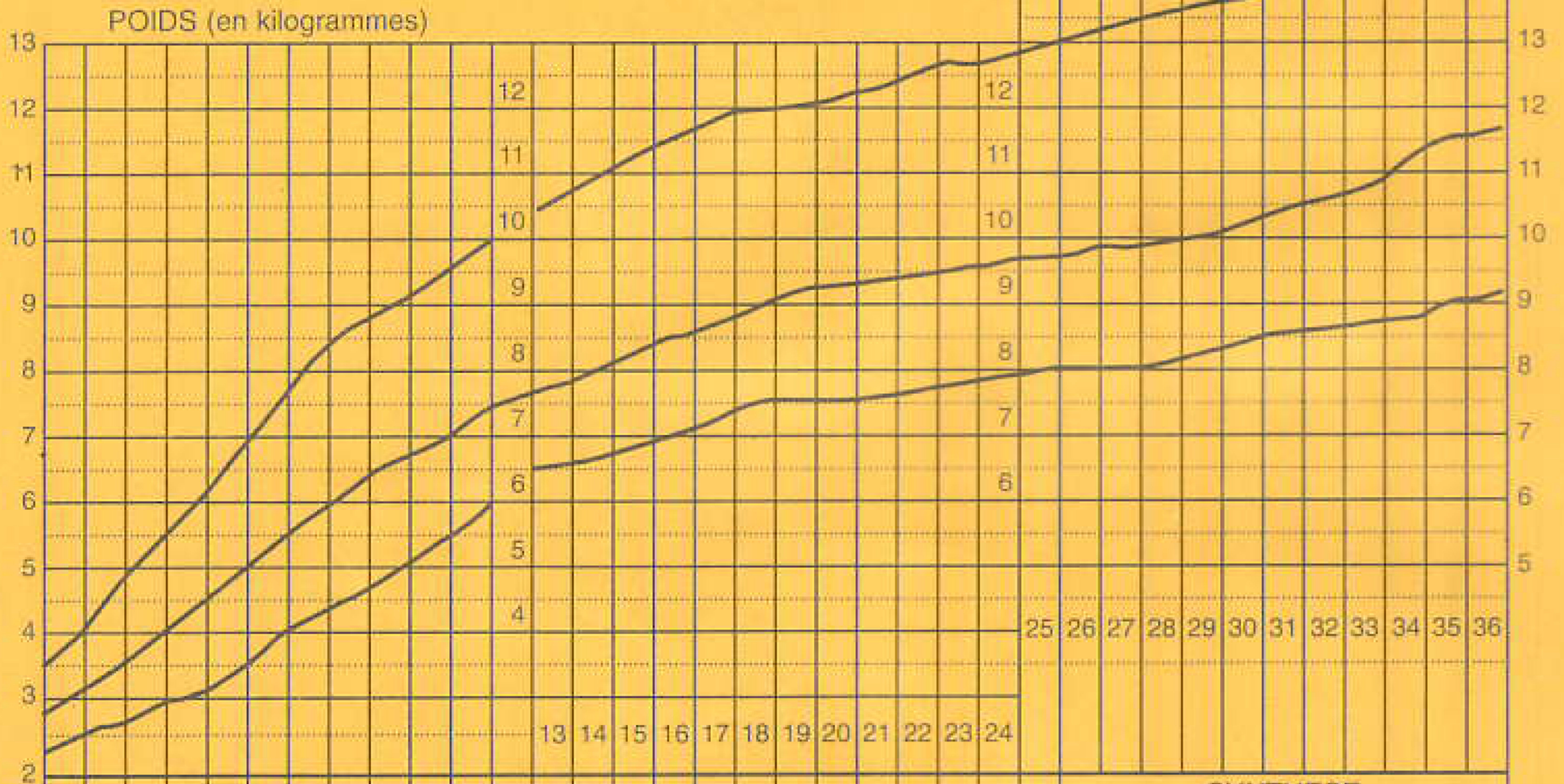
ou

AGE EN MOIS



MERE	NOM _____ PRENOMS _____ DOMICILE _____											
	NOM _____ PRENOMS _____ POIDS DE NAISSANCE _____											
VACCIN		BCG	POLIO <sub>0</sub>	DTCHépBHib1	POLIO <sub>1</sub>	POLIO <sub>2</sub>	DTCHépBHib2	DTCHépBHib3	POLIO <sub>3</sub>	ROUGEOLE		
AGE PREVU POUR VACCINATION		à 0 MOIS		à 6 SEMAINES		à 10 SEMAINES		à 14 SEMAINES		à 9 MOIS		
DATE REELLE DE LA VACCINATION												
RECHERCHE ACTIVE	DATES										CODE POUR RECHERCHE ACTIVE	
	CODE										1	Rattrapage vaccinal
											2	Pour surveillance de la croissance
DATES RDV											3	Pour soins curatifs

# COURBE DE POIDS



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

## SYNTHESE

DATE : \_\_\_\_\_

MOTIF :      Age > 35 mois

Décès       Transfert

Perdu de vue