

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Direction de la Population  
Division de la Santé Maternelle et Infantile  
Service de Protection de la Santé Infantile



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مديرية السكان  
قسم صحة الأم و الطفل  
مصلحة حماية صحة الطفل



# الدفتري الصحي للطفل Carnet de santé de l'enfant



10، شارع الفضيلة، الحي الصناعي  
يعقوب المنصور، الرباط  
الهاتف: 05 37 79 57 02، 05 37 79 69 14/38  
الفاكس: 05 37 79 03 43

ISBN 978-9-954204-14-6



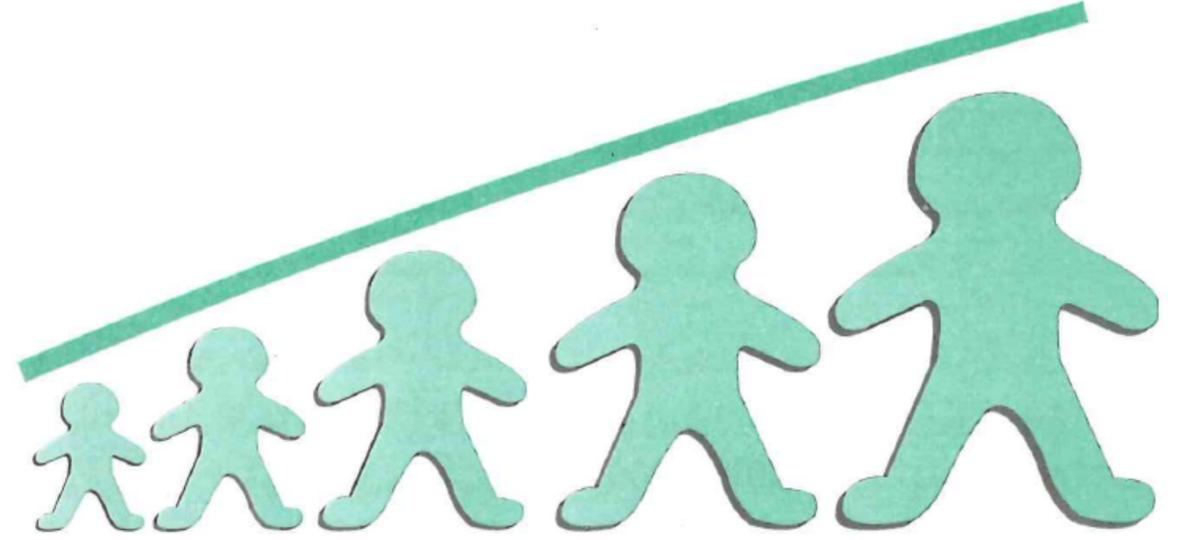
9 789954 204146



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Direction de la Population  
Division de la Santé Maternelle et Infantile  
Service de Protection de la Santé Infantile



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مديرية السكان  
قسم صحة الأم و الطفل  
مصلحة حماية صحة الطفل



# الدفتري الصحي للطفل

## Carnet de santé de l'enfant

الإسم : .....  
العنوان : .....  
المنطقة : .....  
المركز الصحي : .....  
رقم رعاية صحة الأم و الطفل : .....



# تقديم

يعتبر الدفتر الصحي للطفل وثيقة هامة تجمع كل المعلومات والإرشادات المتعلقة بصحته منذ الولادة حتى سن الثامنة عشرة، وهو محاط بالسرية الطبية التامة و يقدم عند كل إستشارة طبية.

تأتي الحلة الجديدة للدفتر الصحي بشكل يراعي خصوصيات تطور النمو الجسدي والحركي النفسي للجنسين خلال مرحلة الطفولة و البلوغ استجابة للمعايير والمؤشرات الجديدة المحددة من طرف منظمة الصحة العالمية و صندوق الأمم المتحدة للطفولة و كذا للمستجدات المتعلقة بجدول التلقيحات المعمول به من طرف وزارة الصحة.

كما يشكل تفعيل لالتزامات المملكة المغربية بتطبيق بنود الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل المصادق عليها سنة 1993 و تماشيا مع إستراتيجية و خطة عمل وزارة الصحة 2012 - 2016 و خطة العمل الوطنية للطفل 2006 - 2015 « مغرب جدير بأطفاله » اللتان تهدفان إلى تحسين الوضع الصحي للطفل ببلادنا و الرقي به.

و يأتي هذا الدفتر الصحي لتعزيز المكتسبات التي حققتها الوزارة في مجال حماية صحة الطفل كحق من حقوقه الأساسية.

## جميعا من أجل صحة الطفل

السيد وزير الصحة

Elaboré par le Service de Protection de la Santé de l'Enfant,  
Division de la Santé Maternelle et Infantile  
Direction de la Population  
Tél/Fax : 05 37 69 12 67

Conception, Mise en page, Impression et distribution :

© Dar Nachr Al Maârifâ

10, Avenue El Fadila, Quartier Industriel, Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 79 69 14 / 05 37 79 57 02 - Fax : 05 37 79 03 43

E-mail : dnmaarifa@gmail.com - Site web : www.darnachralmaarifa.com

Il est illégal de reproduire une partie quelconque de ce livret sans autorisation du Ministère de la Santé et de la maison d'édition. Toute reproduction de cette publication, par n'importe quel procédé, sera considérée comme une violation des droits d'auteurs.

Dépôt légal : 2013 MO 0300

ISBN : 978 - 9954 - 20 - 414 - 6

## TABLE DES MATIÈRES

Données du titulaire du carnet de santé .....	5
Antécédents familiaux.....	6
Période prénatale.....	7
Examen systématique en salle de naissance.....	8
Examen systématique à la sortie des suites de couches.....	12
Examen systématique à l'occasion de la vaccination par le BCG.....	13
Consultations médicales entre la naissance et 2 mois.....	14
Examen systématique à la fin du deuxième mois.....	15
Consultations médicales entre 2 mois et 12 mois.....	16
Examen systématique à la fin du quatrième mois.....	18
Examen systématique à la fin du sixième mois.....	19
Examen systématique à la fin du neuvième mois.....	22
Examen systématique à la fin du douzième mois.....	23
Consultations médicales entre 12 mois et 24 mois.....	26
Examen systématique à la fin du 18 <sup>ème</sup> mois.....	28
Examen systématique à la fin du 24 <sup>ème</sup> mois.....	29
Consultations médicales entre 2 ans et 4 ans.....	30
Examen systématique au cours de la 3 <sup>ème</sup> année.....	31
Examen systématique au cours de la 4 <sup>ème</sup> année.....	32
Consultations médicales entre 4 ans et 5 ans.....	33
Examen systématique au cours de la 5 <sup>ème</sup> année.....	34
Consultations médicales entre 5 ans et 6 ans.....	35
Consultations médicales entre 6 ans et 10 ans.....	36
Examen systématique au cours de la 6 <sup>ème</sup> année.....	38
Consultations médicales entre 10 et 14 ans.....	39
Examen systématique entre 10 et 14 ans.....	40
Rappel des signes de la puberté chez la fille et le garçon.....	41
Consultations médicales entre 14 et 18 ans.....	42
Examen systématique entre 14 et 18 ans.....	43
Consultations médicales après 18 ans.....	44
Soins curatifs : Hospitalisations y compris en période néonatale.....	46
Traitement par des produits sanguins/Maladies contagieuses et épidémiques.....	49
Calendrier national de vaccination et de supplémentation en vitamines A et D.....	50
Vaccins recommandés dans le cadre du calendrier national de vaccination.....	51
Principaux repères de développement psychomoteur.....	53
Courbe Poids / âge pour filles de la naissance à 5 ans.....	55
Courbe Taille / âge pour filles de la naissance à 5 ans.....	56
Courbe Indice de Masse Corporelle (IMC) / âge pour filles de la naissance à 5 ans.....	57
Courbe Périmètre Crânien / âge pour filles de la naissance à 5 ans.....	58
Courbe Poids / âge pour filles de 5 à 10 ans.....	59
Courbe Taille / âge pour filles de 5 à 19 ans.....	60
Courbe Indice de Masse Corporelle (IMC) / âge pour filles de 5 à 19 ans.....	61
Courbe Poids / âge pour garçons de la naissance à 5 ans.....	62
Courbe Taille / âge pour garçons de la naissance à 5 ans.....	63
Courbe Indice de Masse Corporelle (IMC) / âge pour garçons de la naissance à 5 ans.....	64
Courbe Périmètre Crânien / âge pour garçons de la naissance à 5 ans.....	65
Courbe Poids / âge pour garçons de 5 à 10 ans.....	66
Courbe Taille / âge pour garçons de 5 à 19 ans.....	67
Courbe Indice de Masse Corporelle (IMC) / âge pour garçons de 5 à 19 ans.....	68
Indice de Masse Corporelle de 0 à 5 ans (pour filles et garçons).....	69
Quand revenir immédiatement à la formation sanitaire ?.....	71
Comment alimenter l'enfant malade ?.....	72



## مراقبة الحالة الصحية ونمو الطفل

الفحوصات الدورية لمتابعة صحة الطفل بصورة منتظمة تعتبر أساسية للتشخيص المبكر لبعض المشاكل الصحية والتأكد من نمو جيد على المستويات الجسدي والنفسي والحركي، وتشكل فرصة لتلقي التلقيحات والتكاملة الضرورية فيما يخص فيتامينات «أ» و«د».

تنصح وزارة الصحة الأمهات والآباء بمراقبة صحة أطفالهم من الولادة إلى غاية سن الثامنة عشر.

فيما يلي جدول متابعة صحة الطفل من الولادة إلى سن الخامسة :

- 1 - عند الولادة بقاعة الولادة.
- 2 - خلال اليومين الأولين بعد الولادة.
- 3 - عند التلقيح ضد السل (B.C.G).
- 4 - في الشهر الثاني.
- 5 - في الشهر الثالث.
- 6 - في الشهر الرابع.
- 7 - في الشهر السادس.
- 8 - في الشهر التاسع.
- 9 - في الشهر الثاني عشر.
- 10 - في الشهر الثامن عشر.
- 11 - في الشهر الرابع والعشرين.
- 12 - في الشهر السادس والثلاثين.
- 13 - في الشهر الثامن والأربعين.



## DONNEES DU TITULAIRE DU CARNET DE SANTE

### Titulaire du carnet

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu : .....  
Nombre de frère(s) et sœur(s) : ..... Rang dans la fratrie : .....  
Groupe sanguin : ..... Rhésus : .....

### Mère

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Profession : .....  
Groupe sanguin : ..... Facteur Rhésus : .....

### Père

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Profession : .....  
Groupe sanguin : ..... Facteur Rhésus : .....

### Assurance maladie

Assurance maladie : Oui  Non  Si oui, préciser le type : AMO  CNOPS  CNSS  Privé   
Numéro d'affiliation : ..... RAMEL : Oui  Non  Autres préciser : .....

### Adresse personnelle

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

### Personnes à contacter en cas d'urgence

Parents : ..... Tél : .....  
Pédiatre : ..... Tél : .....  
Hôpital : ..... Tél : .....  
Médecin de famille : ..... Tél : .....  
Autres : ..... Tél : .....  
..... Tél : .....

### Allergies

Aliments  Si oui, préciser le type : ..... Allergie : Suspecte  Certaine   
Médicaments  Si oui, préciser le type : ..... Allergie : Suspecte  Certaine   
Autres allergènes  Si oui, préciser le type : ..... Allergie : Suspecte  Certaine

### Maladies chroniques

Maladie : ..... Maladie : .....  
Date du diagnostic : ..... Date du diagnostic : .....  
Maladie : ..... Maladie : .....  
Date du diagnostic : ..... Date du diagnostic : .....

### Centre National Antipoison et de Pharmacovigilance

En cas d'intoxication ou de survenue d'événements indésirables liés aux médicaments, il faudra les communiquer, par téléphone sur la ligne d'urgence du Centre National Antipoison et de Pharmacovigilance disponible 24H/24 et 7j/7 au 0801 000 180 ou via l'Internet :  
[www.capm.ma](http://www.capm.ma) ou [www.pharmacies.ma](http://www.pharmacies.ma)



## ANTECEDENTS FAMILIAUX

Certaines maladies ou malformations ainsi que des prédispositions à des maladies peuvent se transmettre héréditairement. Il est important de le préciser à votre médecin.

Maladies	Oui	Membre de la famille atteint Degré de parenté	Observations
DIABETE			
ASTHME			
ALLERGIE			
EPILEPSIE			
NEUROPATHIE			
MYOPATHIE			
NEPHROPATHIE			
HEMOPHILIE			
THALASSEMIE			
DREPANOCYTOSE			
MALADIE METABOLIQUE (préciser le type)			
CARDIOPATHIE			
HTA			
AUTRES (à préciser)			



## PERIODE PRENATALE

### Visites prénatales

Parité : ..... Grossesse suivie  Nombre de visites : .....

Vaccination antitétanique reçue (au moins 2 prises) : Oui  Non

Maladie(s) au cours de la grossesse : Oui  Non , si oui, préciser : .....

.....

.....

.....

### Groupage

Groupe sanguin et facteur Rhésus : .....

Taux des agglutinines irrégulières : .....

### Sérologies

Date du dernier contrôle :	Résultats :
Toxoplasmose : .....	Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Séroconversion <input type="checkbox"/>
Rubéole : .....	Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Séroconversion <input type="checkbox"/>
Antigène HBs : .....	Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
VDRL : .....	Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
TPHA : .....	Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
Autres : .....	

### Bilan biologique

Glycémie : Normale :  Hyperglycémie :  NFS : Normale :  Anémie : .....

Autres : .....

### Echographies

Echo : 1... Si oui résultats : .....

Echo : 2... Si oui résultats : .....

Echo : 3... Si oui résultats : .....

Echo : 4... Si oui résultats : .....

• ارضعي طفلك مباشرة بعد ولادته لكي يستفيد من كل مزايا الحليب الأولي (اللباء) لأنه غذاء متكامل ومصدر للمناعة.

• الرضاعة الطبيعية تساعد على عودة رحمك سريعاً لحجمه الطبيعي وتقلص من حدة النزيف بعد الولادة.



## EXAMEN SYSTEMATIQUE EN SALLE DE NAISSANCE

### Accouchement

Date de naissance : ..... Heure : ..... Age gestationnel : .....

Lieu de naissance : Domicile  Maison d'accouchement  Clinique privée  Maternité

Présentation : Sommet  Siège  Autre : .....

Rupture de la poche des eaux plus de 18 heures avant l'accouchement : Oui  Non

Naissance par : Voie basse non instrumentale:  Voie basse instrumentale:

Césarienne programmée:  Césarienne en urgence:

Couleur du liquide amniotique : Clair  Teinté  Méconial  Autre : .....

Fièvre maternelle : Oui  Non  Autres éléments anamnestiques en faveur d'une infection materno-fœtale : Oui  Non

Effectué par : Médecin  Sage-femme  Autres  Préciser : .....

### Examen et soins du nouveau-né à la naissance

Poids : ..... g PC : ..... cm Taille : ..... cm

Apgar à 1 minute : ..... Apgar à 5 minutes : ..... Réanimation : Oui  Non

Atrésie des choanes :  Fente labiopalatine:  Atrésie de l'oesophage:  Imperforation anale:

Anencéphalie:  Spinabifida:  Laparoschisis:

Pieds bots:  Luxation congénitale de la hanche:

Organes génitaux externes anormaux:  Si aspect normal, préciser : Type féminin:  Type masculin:

Soins de l'ombilic:  Soins des yeux:  Vitamine K:  Vaccination HB1n:

Autres soins :  Si oui, préciser : .....

Mise au sein précoce : Oui  Non  Si non préciser pourquoi : .....

### Conclusion

.....

.....

.....

Transfert d'urgence : Oui  Non  , Si oui, préciser la raison et le lieu : .....

.....

Examen fait : par :  
Nom :  
Le : Profil : Cachet et signature :

Ne pas omettre de procéder au dépistage de l'hypothyroïdie congénitale par un prélèvement au niveau du talon avant la sortie de la maternité.



## كيف أتواصل مع طفلي

(من الولادة إلى 4 أشهر)



أبادل مع طفلي النظرات والابتسام خصوصاً وقت الرضاعة.



أثير انتباه طفلي وأتيح له الفرص لينظر، يسمع ويشعر.



أحمل طفلي بكل حب، وألامسه بكل حنان.

الطفل منذ الولادة يحتاج إلى أن تتواصل معه بالنظرات والابتسامات و الملامسة بحنان لإثارة انتباهه وحواسه.



## كيف أغذي طفلي

من الولادة إلى 6 أشهر؟



خلال الستة أشهر الأولى لا أعطي لرضيحي طعاما أو شرابا حتى الماء لأن حليبي وحده كاف لتغذيته.



أرضع طفلي في الساعة الأولى بعد الولادة لكي يستفيد من اللبأ لأنه يغذيه ويحميه من الأمراض.



ارضع طفلي كلما رغب في ذلك ليلا ونهارا 8 مرات على الأقل.

حليب الأم هو أفضل غذاء للرضيع من حيث تركيبه، فهو غني بالفيتامينات والأملاح المعدنية، كما أنه معقم و يفرز في درجة حرارة مناسبة. و يعطي للطفل مناعة ووقاية من أمراض كثيرة.



## النمو النفسي والعاطفي والاجتماعي للطفل

كيف أتواصل مع طفلي (من الشهر 4 إلى الشهر 6)



أتواصل مع طفلي من خلال الأصوات والكلمات والحركات.



ألعب طفلي وأمنحه أدوات نظيفة وغير مؤذية ليمسكها بين يديه ويلعب بها.

التواصل مع الطفل من خلال الأصوات والحركات والألعاب ضروري لتوازن وسلامة نموه النفسي والعاطفي والاجتماعي.



## EXAMEN SYSTEMATIQUE A LA SORTIE DES SUITES DE COUCHES

Date : ..... Age (en heures) : .....  
 Poids : ..... g Taille : ..... cm PC : ..... cm IMC : .....  
 Eléments en faveur d'une infection materno-foetale : Oui  Non   
 Si oui, préciser le(s)quel(s) : .....

### Examen somatique

Souffle cardiaque :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Examen des hanches :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dyspnée :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Signes du ressaut présent :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pouls fémoraux non perçus :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Organes génitaux externes anormaux :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pâleur :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hépatomégalie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Cyanose :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Splénomégalie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ictère :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hernie ombilicale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ombilic infecté :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A rechercher si non fait en salle de naissance :	
Léthargie ou inconscience :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Atrésie des choanes :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hypotonie des membres :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Atrésie de l'œsophage :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Réflexes archaïques absents :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fente labiopalatine :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Absence de réaction aux stimuli sonores :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Anencéphalie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen oculaire anormal :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spinabifida :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Signes évocateurs d'une trisomie 21 :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Laparoschisis :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Imperforation anale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Pieds bots :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Autres (préciser) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### Alimentation

Allaitement maternel exclusif :  Lait maternel et autres liquides ou aliments :   
 Nombre de tétées par 24 heures : 8 tétées ou plus  À la demande :  Jour et nuit :   
 Position correcte du bébé :  Prise du sein correcte :  Bonne succion :   
 Problème de seins (préciser) :  .....  
 Allaitement mixte :  Allaitement artificiel :

### Conclusion

Examen somatique : .....  
 Conseils alimentaires : .....  
 Dépistage de l'hypothyroïdie congénitale : Test TSH (prélèvement fait avant la sortie de la maternité / clinique) :   
 Vaccin : HB 1n (administré dans les 24 heures après la naissance) :  .....  
 Transfert d'urgence :  Référence  , si transfert ou référence, préciser la raison et le lieu : .....  
 Sortie de la maternité ou de la clinique le : .....  
 Poids de sortie : ..... (en kg) Normal :  Hypotrophe :  Macrosome :   
 Examen fait : par : .....  
 Nom : .....  
 Le : ..... Cachet et signature : .....

- تختلف مدة النوم من رضيع لآخر، وتراوح ما بين 16 و 20 ساعة في اليوم خلال الشهر الأول، وما بين 16 و 18 ساعة في اليوم خلال الشهر الرابع.
- نوم الرضيع مهم جدا بالنسبة لنموه وتطوره، لذلك ضعي طفلك ينام على ظهره في مكان هادئ.



## EXAMEN SYSTEMATIQUE A L'OCCASION DE LA VACCINATION PAR LE BCG

Date : ..... Age (en jours) : .....  
 Poids : ..... Kg Taille : ..... cm PC : ..... cm IMC : .....

### Examen somatique

Souffle cardiaque :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Examen des hanches : Signe du ressaut présent :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dyspnée :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Organes génitaux externes anormaux :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pouls fémoraux non perçus :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hépatomégalie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pâleur :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Splénomégalie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Cyanose :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hernie ombilicale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ictère :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fente labiopalatine :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ombilic infecté :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spinabifida :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Léthargie ou inconscience :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Laparoschisis :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hypotonie des membres :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pieds bots :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Réflexes archaïques absents :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Signes évocateurs d'une trisomie 21 :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

### Examen oculaire et réaction aux stimuli sonores

Strabisme  Poursuite oculaire  Cornées transparentes  Autre (à préciser) : .....  
 Sursaut au bruit

### Alimentation

Allaitement maternel exclusif  Lait maternel et autres liquides ou aliments   
 Nombre de tétées par 24 heures : 8 tétées ou plus  À la demande  Jour et nuit   
 Position correcte du bébé  Prise du sein correcte  Bonne succion   
 Problème de seins (préciser)  .....  
 Allaitement mixte  Allaitement artificiel

### Stimulation psychoaffective

Communication par le regard et le sourire durant la tétée/alimentation   
 Berceement et chantonement en dehors de la tétée/alimentation

### Conclusion

Examen somatique : .....  
 Examen oculaire et réaction aux stimuli sonores : .....  
 Alimentation (problèmes et conseils) : .....  
 Dépistage de l'hypothyroïdie congénitale : Si test TSH DEJA FAIT (en suites de couches), préciser le résultat :  
 • Prélèvement non conforme :  2<sup>ème</sup> prélèvement fait :  .....  
 • Résultat négatif :  Résultat suspect :  Test de **CONTROLE FAIT** :   
 • Résultat positif, préciser : .....micro UI/ml .....NNé orienté vers le pédiatre référant :   
 Si test **TSH NON ENCORE FAIT, réalisation du premier prélèvement** :  .....  
 Première prise de vitamine D administrée  Vaccins nécessaires administrés : BCG  Polio 0  .....  
 HB1 ( si non fait dans les 24 heures ) :  .....  
 Transfert d'urgence  Référence  , si transfert ou référence, préciser la raison et le lieu : .....  
 Examen fait : par : ..... Nom : ..... Profil : .....  
 Le : ..... Cachet et signature : .....

- الإكثار من عدد الرضعات ليلا ونهارا يساعد على إدرار الحليب.
- الرضاعة الطبيعية توفر لوحدها حاجيات الطفل الغذائية إلى غاية الشهر السادس.



## CONSULTATIONS MEDICALES ENTRE LA NAISSANCE ET 2 MOIS

DATE	ÂGE (en semaines)	POIDS	TAILLE	IMC	PC	Diagnostic et traitement (résumé) (Nom et cachet du Médecin)

منذ الولادة يحتاج طفلك إلى إثارة وتنشيط حواسه (النظرو السمع والشم والتذوق) وحركاته عبر الغناء، التكلم واللعب معه لضمان نمو متوازن نفسيا وعاطفيا واجتماعيا وحركيا.



## EXAMEN SYSTEMATIQUE A LA FIN DU DEUXIEME MOIS

Date : ..... Age (en semaines) : .....  
Poids : ..... kg Taille : ..... cm PC : ..... cm IMC : .....

### Examen somatique

Souffle cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Absence de réaction aux stimuli sonores :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dyspnée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Examen oculaire anormal :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pouls fémoraux non perçus	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Examen des hanches : Signe du ressaut présent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pâleur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Organes génitaux externes anormaux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cyanose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Hépatomégalie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ictère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Splénomégalie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ombilic infecté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Hernie ombilicale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Léthargie ou inconscience	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Fente labiopalatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hypotonie des membres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Spinabifida	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Réflexes archaïques absents	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Laparoschisis	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Signes évocateurs d'une trisomie 21	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pieds bots	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Signes d'hypothyroïdie congénitale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) : .....		

### Examen oculaire et réaction aux stimuli sonores

Strabisme  Poursuite oculaire  Cornées transparentes  Autre (à préciser) : .....  
Sursaut au bruit

### Alimentation

Allaitement maternel exclusif  Lait maternel et autres liquides ou aliments   
Nombre de tétées par 24 heures 8 tétées ou plus  À la demande  Jour et nuit   
Position correcte du bébé  Prise du sein correcte  Bonne succion   
Problème de seins (préciser)  .....  
Allaitement mixte  Allaitement artificiel

### Développement psychomoteur

Sourire réponse  Suit des yeux  Emet une réponse vocale à une sollicitation   
Bouge les 4 membres de manière symétrique  Sur le ventre, soulève tête et épaules

### Stimulation psychoaffective

Communication par le regard et le sourire durant la tétée/alimentation   
Bercement et chantonnement en dehors de la tétée/alimentation

### Conclusion

Croissance somatique : .....  
Examen somatique, oculaire et réaction aux stimuli sonores : .....  
Développement psychomoteur : .....  
Alimentation (problèmes et conseils) : .....  
Première prise de vitamine D administrée  Vaccins nécessaires administrés   
Pathologie chronique  (préciser) : .....  
Transfert d'urgence  Référence  , si transfert ou référence, préciser la raison et le lieu : .....  
Examen fait : par : .....  
Le : ..... Profil : ..... Cachet et signature : .....

إن استعمال رضيعك لحفاظات تمتص البلل خلال الليل، يساعده على النوم بكيفية جيدة الشيء الذي ينعكس إيجابيا على نموه السليم.





## EXAMEN SYSTEMATIQUE A LA FIN DU QUATRIEME MOIS

Date : ..... Age (en mois) : .....  
Poids : ..... kg Taille : ..... cm PC : ..... cm IMC : .....

### Examen somatique

Anomalies : .....

### Examen oculaire et réaction aux stimuli sonores

Strabisme  Poursuite oculaire  Cornées transparentes  Autre (à préciser) : .....  
Sursaute au bruit

### Alimentation

Allaitement maternel exclusif  Lait maternel et autres liquides ou aliments   
Nombre de tétées par 24 heures : 8 tétées ou plus  À la demande  Jour et nuit  Autre : .....  
Position correcte du bébé  Prise du sein correcte  Bonne succion   
Problème de seins (préciser)  .....  
Allaitement mixte  Allaitement artificiel

### Développement psychomoteur

Maintenue assise, tient sa tête droite  Joue avec les mains  Attrape un objet qui lui est tendu   
Sourire réponse  Suit des yeux   
Emet une réponse vocale à une sollicitation sur le ventre, soulève tête et épaules   
Bouge les 4 membres de manière symétrique

### Conditions de vie et stimulation psychoaffective

La mère travaille à l'extérieur  Si oui, qui s'occupe de l'enfant pendant la journée : .....  
La mère ou la personne s'occupant de l'enfant, communique avec lui  joue avec lui

### Conclusion

Croissance somatique : .....  
Examen somatique, oculaire et réaction aux stimuli sonores : .....  
Développement psychomoteur : .....  
Alimentation (problèmes et conseils) : .....  
Première prise de vitamine D administrée  Vaccins nécessaires administrés   
Pathologie chronique  (préciser) : .....  
Transfert d'urgence  Référence , si transfert ou référence, préciser la raison et le lieu : .....  
Examen fait : par : .....  
Le : Profil : ..... Cachet et signature : .....

بمراقبتك وزن طفلك باستمرار فإنك تراقبين وضعه الصحي.



## EXAMEN SYSTEMATIQUE A LA FIN DU SIXIEME MOIS

Date : ..... Age (en mois) : .....  
Poids : ..... kg Taille : ..... cm PC : ..... cm IMC : .....

### Examen somatique

Anomalies : .....

### Examen oculaire et réaction aux stimuli sonores

Strabisme  Poursuite oculaire  Cornées transparentes  Autre : .....  
Tourne la tête du côté d'une source de bruit non visible

### Alimentation

Allaitement maternel exclusif  À la demande  Jour et nuit   
Allaitement mixte  Allaitement artificiel   
Introduction des aliments de complément  Consistance légère  Epaisse   
Nombre de repas par jour : 3 Repas  5 Repas   
Utilisation du : Verre  Cuillère  Biberon   
Enrichissement avec : Huile ou beurre PLUS l'un des aliments suivants : lait, fromage, œuf ou viande, poulet, poisson ou légumineuses  Ration individuelle  Alimentation active

### Développement psychomoteur

**Sur le ventre :**  
Soulève tête et épaules  Joue avec les mains   
S'appuie sur les avant-bras  S'assoie avec appui   
Emet une réponse vocale à une sollicitation   
Tient sa tête pour suivre un objet

### Conditions de vie et stimulation psychoaffective

La mère travaille à l'extérieur  Si oui, qui s'occupe de l'enfant pendant la journée : .....  
La mère ou la personne s'occupant de l'enfant, communique avec lui  joue avec lui

### Conclusion

Croissance somatique : .....  
Examen somatique, oculaire et réaction aux stimuli sonores : .....  
Développement psychomoteur : .....  
Alimentation (problèmes et conseils) : .....  
Deuxième prise de vitamine D administrée  Première prise de vitamine A administrée   
Vaccins nécessaires administrés   
Pathologie chronique  (préciser) : .....  
Transfert d'urgence  Référence , si transfert ou référence, préciser la raison et le lieu : .....  
Examen fait : par : .....  
Le : Profil : ..... Cachet et signature : .....

الفيتامين «د» أساسي لتكوين العظام والأسنان، ومن أهم مصادره :  
البيض، السمك، الحليب ومشتقاته والكبد.



## كيف أغذي طفلي

(من 6 أشهر إلى 12 شهراً)



أستمر في إرضاع طفلي بالثدي  
كلما رغبت في ذلك في الليل والنهار.



أطعم طفلي 3 مرات في اليوم وأعطيه مقدار نصف  
زلافة عصيدة أو سميدة، أو حساء الخضمر مع البطاطس  
أو بطاطس مطحونة.



لتصبح الوجبات مغذية أضيف لكل وجبة : ملعقة صغيرة من الزيت أو الزبدة، مع قطعة جبن  
أو أصفر البيض أو قليل من اللحم أو الدجاج أو السمك أو القطاني.

يحتاج رضيعك لتنوع تدريجي في تغذيته لذا أضيفي كل مرة نوعاً جديداً واحداً من المأكولات  
حتى يتأقلم مع مذاقه الجديد.



## النمو النفسي والعاطفي والاجتماعي للطفل

كيف أتواصل مع طفلي (من الشهر 6 إلى الشهر 12)



أستجيب للأصوات التي يصدرها طفلي وأشجعه للاهتمام الذي يبديه بالأشياء.  
أعلم طفلي أسماء الأشياء والأشخاص.



أشجع طفلي على اللعب بإعطائه لعباً ملونة وأدوات  
غير مؤذية ونظيفة.

وفري لطفلك اللعب لأنها تساعد على الإبداع والابتكار  
ويتفاعل معها بتحريك أطرافه.



## EXAMEN SYSTEMATIQUE A LA FIN DU NEUVIEME MOIS

Date : ..... Age (en mois) : .....  
Poids : ..... kg Taille : ..... cm PC : ..... cm IMC : .....

### Examen somatique

Anomalies : .....

### Examen oculaire et réaction aux stimuli sonores

Strabisme  Poursuite oculaire  Cornées transparentes  Autre : .....  
Tourne la tête du côté d'une source de bruit non visible

### Alimentation

Allaitement maternel exclusif  À la demande  Jour et nuit   
Allaitement artificiel  Allaitement mixte   
Introduction des aliments de complément  Consistance Légère  Epaisse   
Nombre de repas par jour : 3 Repas  5 Repas   
Utilisation du : Verre  Cuillère  Biberon  Ration individuelle  Alimentation active   
Enrichissement avec : Huile ou beurre PLUS l'un des aliments suivants : lait, fromage, œuf ou viande, poulet, poisson ou légumineuses

### Développement psychomoteur

Tient assis sans appui  Joue avec les mains  Pointe du doigt   
Réagit à son prénom  Tient sa tête pour suivre un objet

### Conditions de vie et stimulation psychoaffective

La mère travaille à l'extérieur  Si oui, qui s'occupe de l'enfant pendant la journée : .....  
La mère ou la personne s'occupant de l'enfant, communique avec lui  joue avec lui

### Conclusion

Croissance somatique : .....  
Examen somatique, oculaire et réaction aux stimuli sonores : .....  
Développement psychomoteur : .....  
Alimentation (problèmes et conseils) : .....  
Supplémentation en vitamines A et D à jour  .....  
Vaccins nécessaires administrés   
Pathologie chronique  (préciser) : .....  
Transfert d'urgence  Référence , si transfert ou référence, préciser la raison et le lieu : .....  
Examen fait : par : .....  
Nom : .....  
Le : Profil : ..... Cachet et signature : .....

تنمو الأسنان ابتداء من الشهر الثامن ويتم على النحو التالي: القواطع المركزية السفلى، ثم العليا،  
فالقواطع الجانبية العليا ثم السفلى.



## EXAMEN SYSTEMATIQUE A LA FIN DU DOUZIEME MOIS

Date : ..... Age (en mois) : .....  
Poids : ..... kg Taille : ..... cm PC : ..... cm IMC : .....

### Examen somatique

Anomalies : .....

### Examen oculaire et réaction aux stimuli sonores

Strabisme  Poursuite oculaire  Cornées transparentes  Autre (à préciser) : .....  
Tourne la tête du côté d'une source de bruit non visible

### Alimentation

Allaitement maternel  À la demande  Jour et nuit   
Allaitement mixte  Allaitement artificiel   
Introduction des aliments de complément  Consistance Légère  Epaisse   
Nombre de repas par jour : 3 Repas  5 Repas   
Utilisation du : Verre  Cuillère  Biberon  Ration individuelle  Alimentation active   
Plat familial   
Enrichissement avec : Huile ou beurre PLUS l'un des aliments suivants : lait, fromage, œuf ou viande, poulet, poisson ou légumineuses

### Développement psychomoteur

Station debout sans appui  Donne un objet sur un ordre  Répète une syllabe   
Saisit un objet et le lâche volontairement  Réagit à son prénom

### Conditions de vie et stimulation psychoaffective

La mère travaille à l'extérieur  Si oui, qui s'occupe de l'enfant pendant la journée : .....  
La mère ou la personne s'occupant de l'enfant, communique avec lui  joue avec lui

### Conclusion

Croissance somatique : .....  
Examen somatique, oculaire et réaction aux stimuli sonores : .....  
Développement psychomoteur : .....  
Alimentation (problèmes et conseils) : .....  
Deuxième prise de vitamine A administrée   
Vaccins nécessaires administrés   
Pathologie chronique (préciser) : .....  
Transfert d'urgence  Référence , si transfert ou référence, préciser la raison et le lieu : .....  
Examen fait : par : .....  
Nom : .....  
Le : Profil : ..... Cachet et signature : .....

تعتبر المراقبة الصحية لطفلك ضرورية خلال السنوات الأولى لهذا اصطحابه إلى المركز الصحي  
حيث سيعطيك الطبيب أو الممرضة المعلومات العامة حول صحته وتطوره.



## كيف أغذي طفلي

ابتداءً من السنة الأولى؟

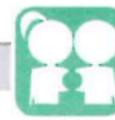


استمر في إرضاع طفلي بالثدي كلما رغب في ذلك في الليل والنهار  
في الصباح أعطيه من طعام الإفطار العائلي وأضيف له كأساً من الحليب  
بين الوجبات الثلاثة الرئيسية أضيف له وجبتين خفيفتين



في الغذاء والعشاء أسكب له من الأكلة العائلية مقدار زلافة كبيرة في إناء خاص به.  
لتصبح كل وجبة مغذية أضيف : ملعقة صغيرة من الزيت أو الزبدة، مع قطعة جبن أو أصفر البيض أو قليل من اللحم أو الدجاج أو السمك أو القطني.

نوعي تغذية طفلك قدر الإمكان، لتضمني له نمواً متوازناً وصحة جيدة.



## النمو النفسي والعاطفي والاجتماعي للطفل

كيف أتواصل مع طفلي (من الشهر 12 فما فوق)



أمنح طفلي لعباً تنمي قدراته الذهنية وتحفزه على الابتكار.



أتكلم مع طفلي وأتحدث معه، لأحفزه على تكوين الجمل وإتقان مهارات الحديث.

إن التحدث مع الطفل بتشجيعه على ترديد الكلمات والجمل يساعده على اكتساب مهارات التواصل والحديث.





## EXAMEN SYSTEMATIQUE A LA FIN DU 18<sup>ème</sup> MOIS

Date : ..... Age (en mois) : .....  
Poids : ..... kg Taille : ..... cm PC : ..... cm IMC : .....

### Examen somatique

Anomalies : .....

### Examen oculaire et réaction aux stimuli sonores

Strabisme  Poursuite oculaire  Cornées transparentes  Autre (à préciser) : .....  
Tourne la tête du côté d'une source de bruit non visible

### Alimentation

Allaitement maternel  À la demande  Jour et nuit   
Allaitement mixte  Allaitement artificiel   
Introduction des aliments de complément  Consistance Légère  Epaisse   
Nombre de repas par jour : 3 Repas  5 Repas   
Utilisation du : Verre  Cuillère  Biberon   
Plat familial  Ration individuelle  Alimentation active   
Enrichissement avec : Huile ou beurre PLUS l'un des aliments suivants : lait, fromage, œuf ou viande, poulet, poisson ou légumineuses

### Développement psychomoteur

Marche seul  Mange seul

### Conditions de vie et stimulation psychoaffective

La mère travaille à l'extérieur  Si oui, qui s'occupe de l'enfant pendant la journée ? .....  
La mère ou la personne s'occupant de l'enfant, communique avec lui  joue avec lui

### Conclusion

Croissance somatique : .....  
Examen somatique, oculaire et réaction aux stimuli sonores : .....  
Développement psychomoteur : .....  
Alimentation (problèmes et conseils) : .....  
Deuxième prise de vitamine A administrée   
Vaccins nécessaires administrés   
Pathologie chronique  (préciser) : .....  
Transfert d'urgence  Référence , si transfert ou référence, préciser la raison et le lieu : .....  
Examen fait : par : .....  
Nom : .....  
Le : Profil : ..... Cachet et signature : .....

لا تعطي الطفل أية أدوية دون استشارة الطبيب.



## EXAMEN SYSTEMATIQUE A LA FIN DU 24<sup>ème</sup> MOIS

Date : ..... Age (en mois) : .....  
Poids : ..... kg Taille : ..... cm PC : ..... cm IMC : .....

### Examen somatique

Anomalies : .....

### Examen oculaire et réaction aux stimuli sonores

Strabisme  Poursuite oculaire  Cornées transparentes  Autre : .....  
Tourne la tête du côté d'une source de bruit non visible

### Examen buccodentaire

Présence de caries  Si oui, préciser le nombre .....  
Anomalies dento-maxillo-faciales : .....

### Alimentation

Nombre de repas par jour (y compris les goûters) : 3 Repas  5 Repas   
Utilisation du : Verre  Cuillère  Biberon   
Ration individuelle  Plat familial  Alimentation active   
Enrichissement avec : Huile ou beurre PLUS l'un des aliments suivants : lait, fromage, œuf ou viande, poulet, poisson ou légumineuses

### Développement psychomoteur

Marche acquise  Tourne les pages d'un livre  Comprend une consigne simple

### Conditions de vie et stimulation psychoaffective

La mère travaille à l'extérieur  Si oui, qui s'occupe de l'enfant pendant la journée : .....  
La mère ou la personne s'occupant de l'enfant, communique avec lui  joue avec lui   
Enfant mis à la crèche

### Conclusion

Croissance somatique : .....  
Examen somatique, oculaire et réaction aux stimuli sonores : .....  
Développement psychomoteur : .....  
Alimentation (problèmes et conseils) : .....  
Troisième prise de vitamine A administrée   
Vaccins nécessaires administrés   
Pathologie chronique  (préciser) : .....  
Transfert d'urgence  Référence , si transfert ou référence, préciser la raison et le lieu : .....  
Examen fait : par : .....  
Nom : .....  
Le : Profil : ..... Cachet et signature : .....

يجب تعويد الطفل ومساعدته على إستعمال فرشاة الأسنان المناسبة إبتداءا من 18 شهرا.





