

I. CENTRE DAKAR

# REPUBLIQUE DE GUINEE MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

La CPN, l'Accouchement et la Césarienne sont gratuits

### Carnet de Santé

NOM de l'Enfant :
(En majuscules)
Prénoms :
(Au complet dans l'ordre de l'état civil)
Né (e) le :
A :

Le carnet de santé est un document qui réunit tous les événements médicaux survenus depuis la grossesse jusqu'après la naissance

Il constitue un lien entre les différentes personnes qui interviennent pour la surveillance médicale préventive et les soins de la grossesse et de l'enfant.

N'oubliez pas de le présenter lors de chaque visite médicale afin que le médecin, la sage-femme et l'infirmière puissent prendre connaissance de son contenu, y inscrire leurs observations et les traitements éventuels prescrits.

Emportez-le en voyage. Surtout ne l'égarez pas.

#### LA SANTE EST LE BIEN LE PLUS PRECIEUX PRESERVONS CELLE DE NOS MERES ET DE NOS ENFANTS

En cas de perte, la personne qui trouvera ce carnet, est priée de le renvoyer à la dernière des adresses notées page 1.

	N°							PRECTURE: Centre:				<b>VATALE</b>	ET INFANTILE
	A GROSSESSE IRE L'OBJET D'A		PAIEME	NT)				ADRESSE Quartie	er/Distric	t :	PRENOMS	Secteur:	
DATE RENDEZ- VOUS	DATE		MEDICAMENTS DELIVRES				SIGNATURE AGENT	NOM DU MARI : ADRESSE Quartie	r/District	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	PRENOMS	AGE	
		S.P	FAF	MII	MEBENDA ZOLE	VITA- MINE A		PROFESSION :			TOIRE MEDICA		
								MALADIES ANTE	RIEURE				
										GEST	ATIONS ANTER	RIEURES	
								Nombre d'accouch	ements (I	Parité)	Nombre d'a	vortements	
								Nombre Total d'en	fants nés	vivants	A ce jour :		
								Nombre Total d'en				enfants vivants :	
PLAN D'AC	COUCHEMENT												
DATE	D'ACCOUC	HE-	MOYE		PERSONNI		OMPAGNANT	511	T	ON DES	DEUX DERNIE	T	
	MENT		TRANSI	PORT				RANG	N°	SEXE	SI ENFANT VIVANT AGE	CAUSE DECES	T DECEDE  AGE DECES
								DERNIER NE	-			CHOIL DECES	
								DERNIER NE	_				
								AVANT DERNIER NE					
									V	ACCINA	TION ANTITETA	ANIQUE	
								VACCINATIONS RI SI NON 1ère INJECTI			GROSSESSE DATE :	1 <sup>ère</sup> DOSE :	
				1								MOIS	***************************************
					4 1 1 1 1 1 1			SI OUI RAPP	EL LE :			MOIS	**********

CENTRE DE SANTE DE :

REPUBLIQUE DE GUINEE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

DATE DES DERNIERS REGLES	HANDICAP PHY	SIQUI	E OUI NON
ACCOUCHEMENT PREVU LE :	DAP:		Cm
DATE DE L'EXAMEN		T	
AGE GESTATIONNEL			
MOUVEMENTS PERCUS			
POIDS		$\perp$	
HAUTEUR UTERINE			
BRUIT DU COEUR			
MEBENDAZOLE			
FAF		_	
SULFADOXINE PYRIMETHAMINE		$\perp$	
MEBENDAZOLE			
PROCHAIN RENDEZ VOUS		T	
PROBLEMES IDENTIFIES	CONDUITES TENUES	I	
TENSION ARTERIELLE SI > 14/9 (confirmer par 2 <sup>ème</sup> prise)			
1 <sup>er</sup> + 2"m"'trim			
3 <sup>èrne</sup> trim			
METRORRAGIES Aménorrhée ≤ 5 mois			
Aménorrhée ≤ 5 mois			
ANEMIE CLINIQUE			
Ou Hb < 10gr%			
Hb < 6gr%			
OEDEMES SI OUI		. Di	ECISION PRISE : DATE
INFECTION URINAIRE SI OUI		. RE	F=REFERENCE A L'HOPITAL
PERTE FETIDE OU PRURIT SI OUI		CPG	C = TRANSFERT A LA CPC  CPC : TRAITEMENT
SUSPISTION D'UN BASSIN RETRECI			CIC. IKAITEMENI
(Boiterie, handicap physique) DAP<18 cm			
CESARIENNE ANTERIEURE OU UTERUS CICATRICIEL FORCEPS/VENTOUSE AU DERNIER			
ACCOUCHEMENT			
PARITE > 6 AGE < 17 ANS AGE > 35 ANS			
PRIMIPARE			
TAILLE < 150 Cm			
MORT – NE OU  DERNIER NE OU ENFANT  DCD DANS LA 1ère SEMAINE > 1			

TAILLE Cm  BW SRV	GROUPE SANGUIN FACTEUR RHESUS:
DECISION PRISE: DATE  REF = REFERENCE A L'HOPITAL	A REMPLIR AU 9 <sup>eme</sup> MOIS
CPC = TRANSFERT A LA CPC	Hb < 8grs%OUI NON
CPC: TRAITEMENT	POSITION TRANSVERSE
*	DATE

. ....

ACCOUCHEMENT							
DATE HEURE MIN LIEU DOM CS HOP							
PRESENTATION CEPHALIQUE SIEGE TRANSVERSE							
GEMELLAIRE OUI NON							
TYPE D'ACCOUCHEMENT							
EUTOCIQUE DYSTOCIQUE							
PERFUSION POST HYPOPHYSAIRE FORCEPS VENTOUSE CESARIENNE							
ÉPISIO OUI NON DECHIRURE OUI NON SUTURE OUI NON							
DELIVRANCE: GATPA SPONTANE ARTIFICIELLE							
PLACENTA COMPLET OUI NON TRANSFUSION SANGUINE OUI							
REVISION UTERINE OUI NON GLOBE DE SURETE OUI NON							
PERTES SANGUINES ABONDANTES NORMALES							
SUITE DE COUCHES IMMEDIATES (Six 1ères HEURES) NORMALE OUI NON BONNE EVOLUTION OUI NON							
NOUVEAU-NE A TERME PREMATURE VIVANT MORT-NE  POIDS TAILLE Cm PC Cm SEXE M F  RESPIRATION OUI NON MALFORMATION OUI NON  REANIMATION OUI NON TRAUMA OBSTETRICAL OUI NON  MISE AU SEIN DANS LA 1ère Heure OUI NON  VACCINATION A LA NAISSANCE BCG LE POLIO O LE.							
CONSULTATION POSTNATALE DE LA FEMME							
1 dere VISITE 2 deme VISITE							
DATE							
LACTATION							
LOCHIES FETIDES							
FIEVRE							
MICTION DOULOUREUSE  DIVIOUREUSE							
INVOLUTION UTERINE							
ANEMIE  DECLE DECLE							
RETOUR DES REGLES  TRAITEMENT EVENITUEI							
TRAITEMENT EVENTUEL							
PLANIFICATION FAMILIALE  ESPACEMENT DES NAISSANCE DESIRE OUI NON STERLISATION DIU STERLISATION SPERMICIDE PRESERVATIF COLLIER NATURELLE MAMA  IMPLANT RDV:							

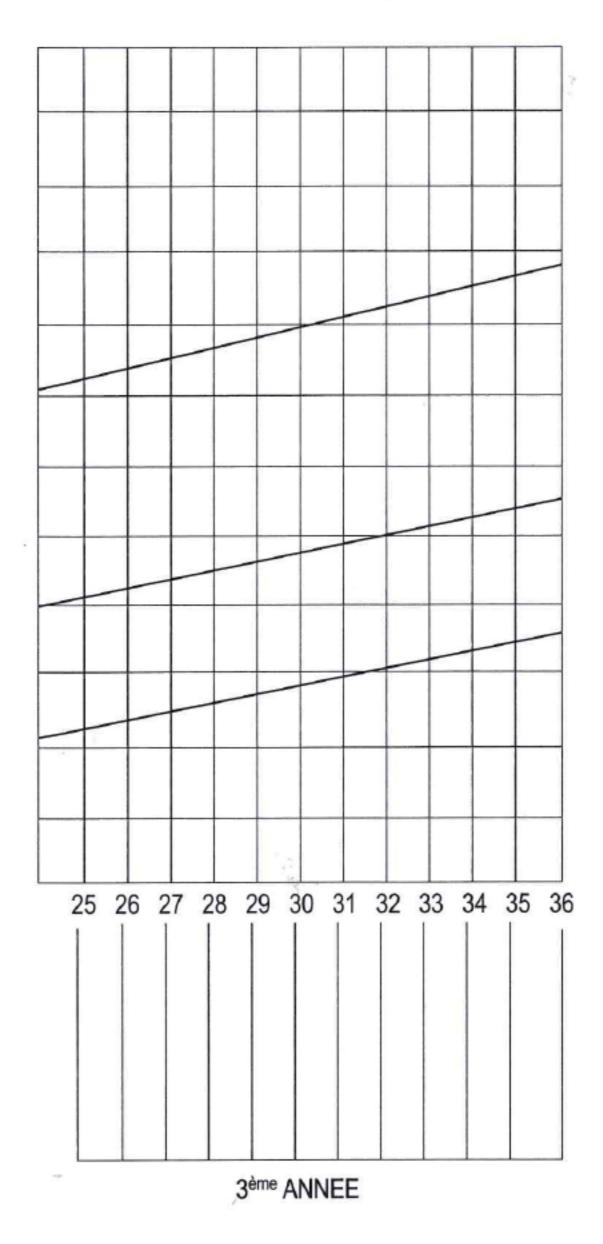
# SURVEILLANCE DE L'ENFANT

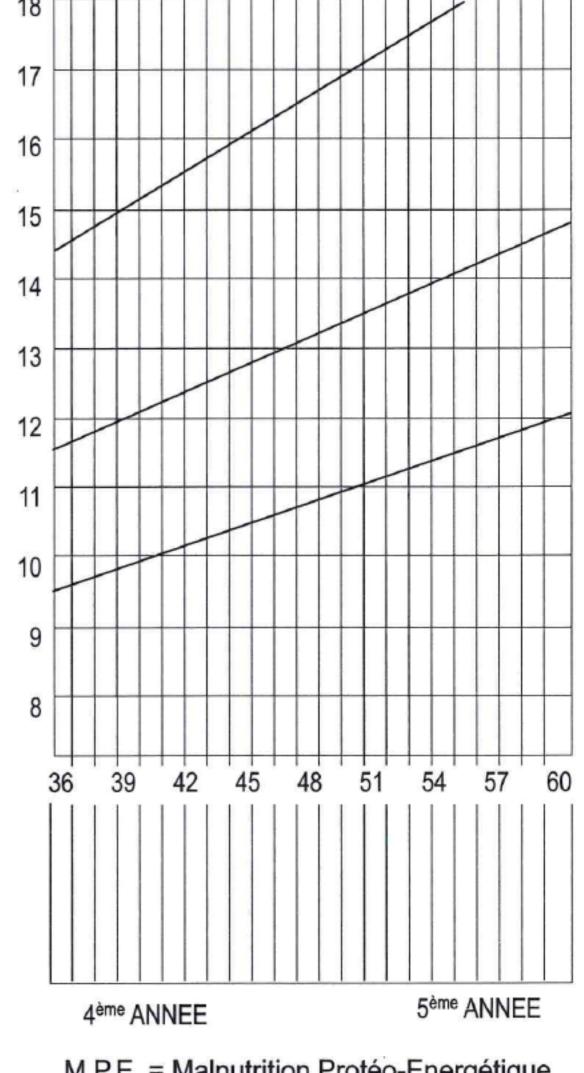
(pesée mensuelle jusqu'à 3 ans)

APPRECIATION DE Poids à la Naissance : ..... Raison justifiant Date de Naissance : ..... Espacement de Naissances Désiré Indiquez dans ces cases par un symbole la méthode de contraception choisie C = Condom P = Pilule S = Stérilet **POIDS** HI = Hormone injectable Sp = Spermicide Indiquez le poids par ■ ou X KILOGRAMMES 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 8 9 5, 6, 7, MOIS ET AGE DE NAISSANCE 2ème ANNEE 1ème ANNEE

# L'ETAT NUTRITIONNEL DE L'ENFANT

#### une surveillance particulière :

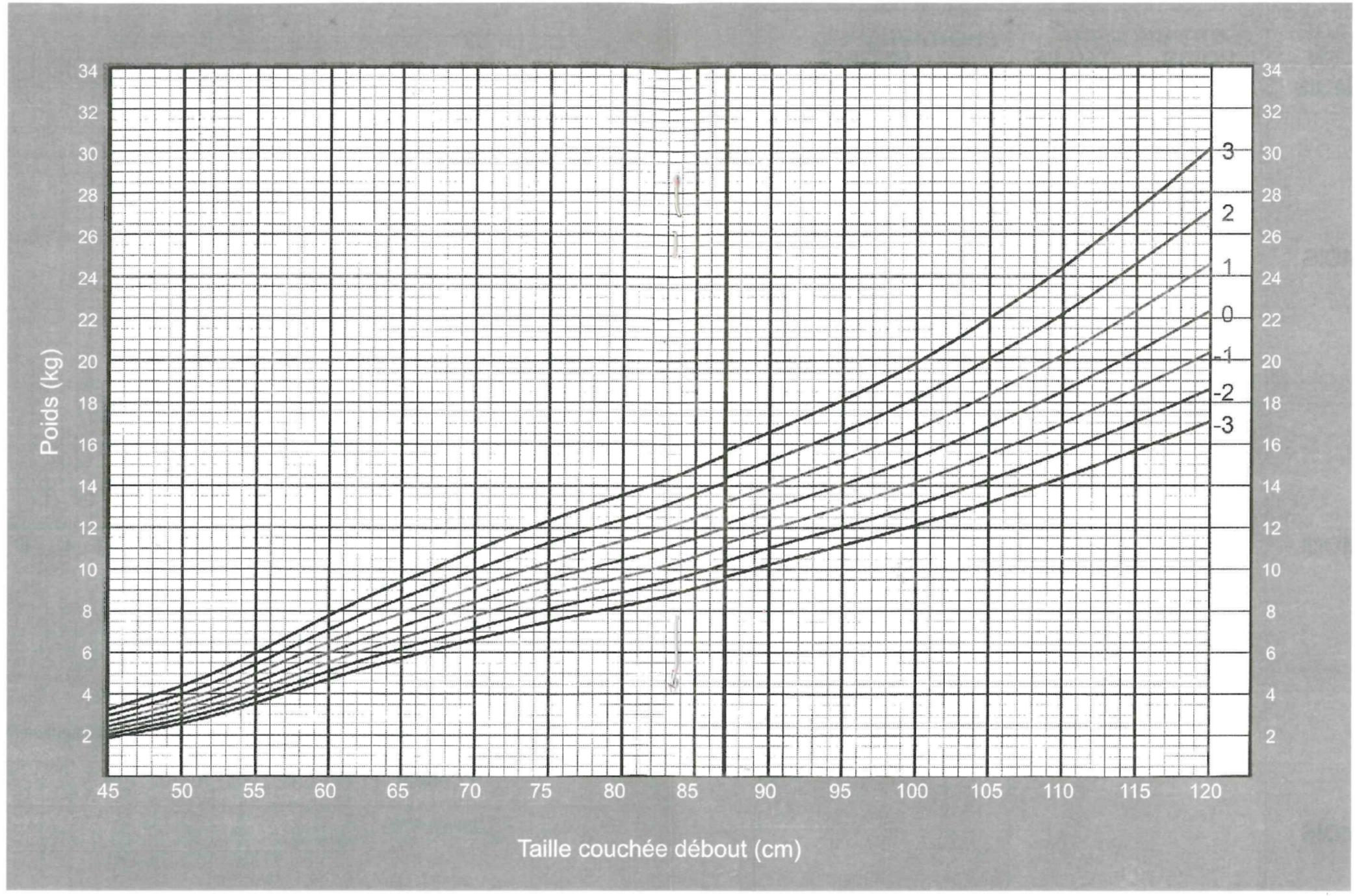




#### Poids-pour-taille couchée/debout

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)





Normes OMS de croissance de l'enfant

# SURVEILLANCE

DATE	AGE EN MOIS	POIDS	TAILLE	REGIME
	MOIS			
	MOIS			
	MOIS			

## DE L'ENFANT

(Pesée mensuelle jusqu'à 3 ans)

OBSERVATIONS	PRESCRIPTIONS	EXAMINATEUR Signature et Cachet

# SURVEILLANCE

DATE	AGE EN MOIS	POIDS	TAILLE	REGIME
	MOIS			
	MOIS			
	MOIS			

### DE L'ENFANT

(Pesée mensuelle jusqu'à 3 ans)

OBSERVATIONS	PRESCRIPTIONS	EXAMINATEUR Signature et Cachet
	DAC	
		* 4

## SURVEILLANCE

DATE	AGE EN MOIS	POIDS	TAILLE	REGIME
	MOIS			
	MOIS			
	MOIS			

## DE L'ENFANT

(Pesée mensuelle jusqu'à 3 ans)

OBSERVATIONS	PRESCRIPTIONS	EXAMINATEUR Signature et Cachet
	540	

## Principales Maladies et Hospitalisations

## VACCINATIONS

Antigènes	Lot	Jour	Mois	Année	Lieu
BCG					
Polio 0					
Polio 1					
Penta. 1					
Polio 2					
Penta. 2					
Polio 3					
Penta 3					
Rougeole					
F. Jaune					
Pneumoc					
Rotavirus	••••••				
Autres					