

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

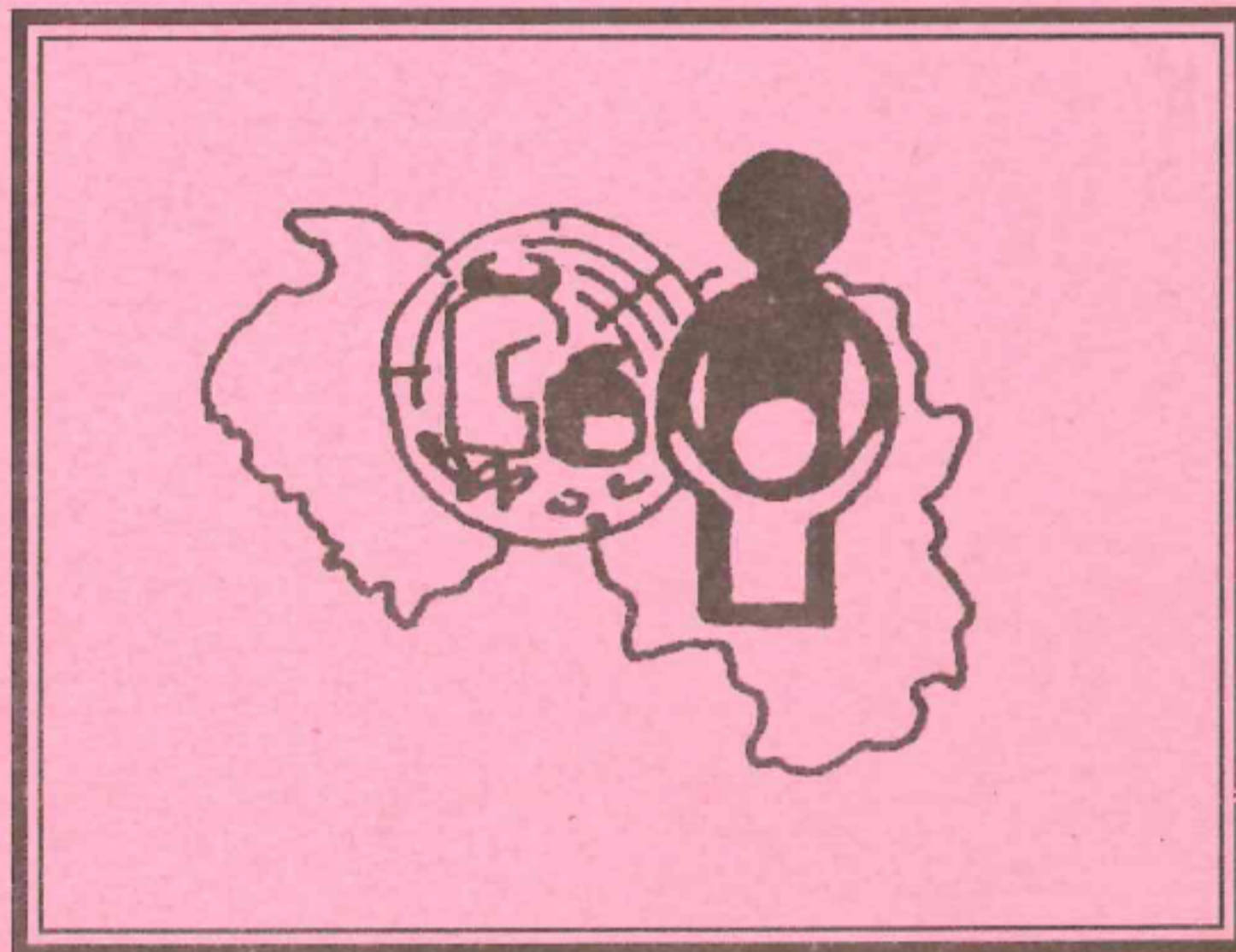
Il constitue un lien entre les différentes personnes qui interviennent pour la surveillance médicale préventive et les soins de la grossesse et de l'enfant.

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'égariez 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.



LE CENTRE DAKAR

CENTRE DE SANTE DE :

N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SUIVI DE LA GROSSESSE

(NE DOIT FAIRE L'OBJET D'AUCUN PAIEMENT)

DATE RENDEZ-VOUS	DATE CONSULTATION	MEDICAMENTS DELIVRES					SIGNATURE AGENT
		S.P	FAF	MII	MEBENDA ZOLE	VITA-MINE A	

PLAN D'ACCOUCHEMENT

DATE	LIEU D'ACCOUCHEMENT	MOYENS DE TRANSPORT	PERSONNE RESPONSABLE	ACCOMPAGNANT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CENTRE MOIS ANNEE NUMERO

REPUBLIQUE DE GUINEE
SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

PRECTURE :

Centre :

CONSULTATION PRENATALE

NOM :	PRENOMS.....	AGE.....
ADRESSE Quartier/District :		Secteur :
PROFESSION :		
NOM DU MARI :		PRENOMS.....
ADRESSE Quartier/District :		Secteur :
PROFESSION :		

HISTOIRE MEDICALE

MALADIES ANTERIEURES :

GESTATIONS ANTERIEURES

Nombre d'accouchements (Parité).....	<input type="text"/>	Nombre d'avortements	<input type="text"/>
Nombre Total d'enfants nés vivants.....	<input type="text"/>	A ce jour :	
Nombre Total d'enfants morts – nés :	<input type="text"/>	Nombre d'enfants vivants :	<input type="text"/>
Observations :			

SITUATION DES DEUX DERNIERS NES VIVANTS

RANG	N°	SEXE	SI ENFANT VIVANT AGE	SI ENFANT DECEDE	
				CAUSE DECES	AGE DECES
DERNIER NE					
AVANT DERNIER NE					

VACCINATION ANTITETANIQUE

VACCINATIONS REÇUES AVANT CETTE GROSSESSE DATE :	1 ^{ère} DOSE :
SI NON 1 ^{ère} INJECTION LE :	2 ^{ème} DOSE :
2 ^{ème} INJECTION LE :	MOIS.....
	MOIS.....
SI OUI RAPPEL LE :	MOIS.....

ACCOUCHEMENT

DATE HEURE MIN LIEU

DOM	CS	HOP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PRESENTATION CEPHALIQUE SIEGE TRANSVERSE

GEMELLAIRE OUI NON

TYPE D'ACCOUCHEMENT

EUTOCIQUE DYSTOCIQUE

PERFUSION POST HYPOPHYSIAIRE FORCEPS VENTOUSE CESARIENNE

EPISIO 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 1^{eres} 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 1^{ere} Heure OUI NON

VACCINATION A LA NAISSANCE BCG LE POLIO O LE.....

CONSULTATION POSTNATALE DE LA FEMME

	1 ^{ere} VISITE	2 ^{eme} VISITE
DATE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
LACTATION		
LOCHIES FETIDES		
FIEVRE		
MICTION DOULOUREUSE		
INVOLUTION UTERINE		
ANEMIE		
RETOUR DES REGLES		
TRAITEMENT EVENTUEL		

PLANIFICATION FAMILIALE

ESPACEMENT DES NAISSANCE DESIRE OUI NON

METHODE CHOISIE CONTRACEPTION ORALE INJECTION DIU STERILISATION

SPERMICIDE PRESERVATIF COLLIER NATURELLE MAMA

IMPLANT

ADMINISTRATION : LE RDV :

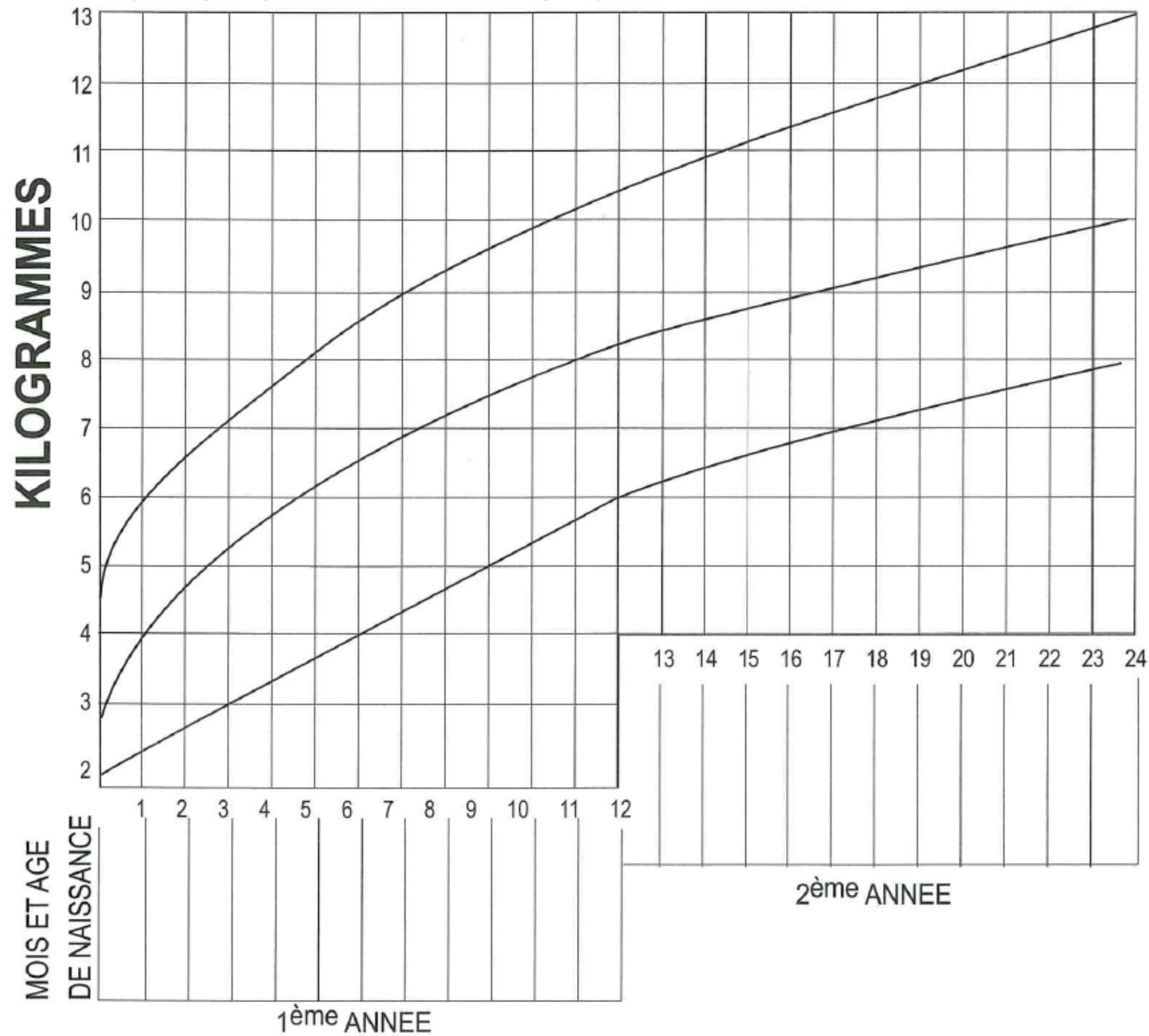
**SURVEILLANCE
DE L'ENFANT**
(pesée mensuelle jusqu'à 3 ans)

NOM :
 Poids à la Naissance : grammes
 Date de Naissance :
 Espacement de Naissances Désiré mois

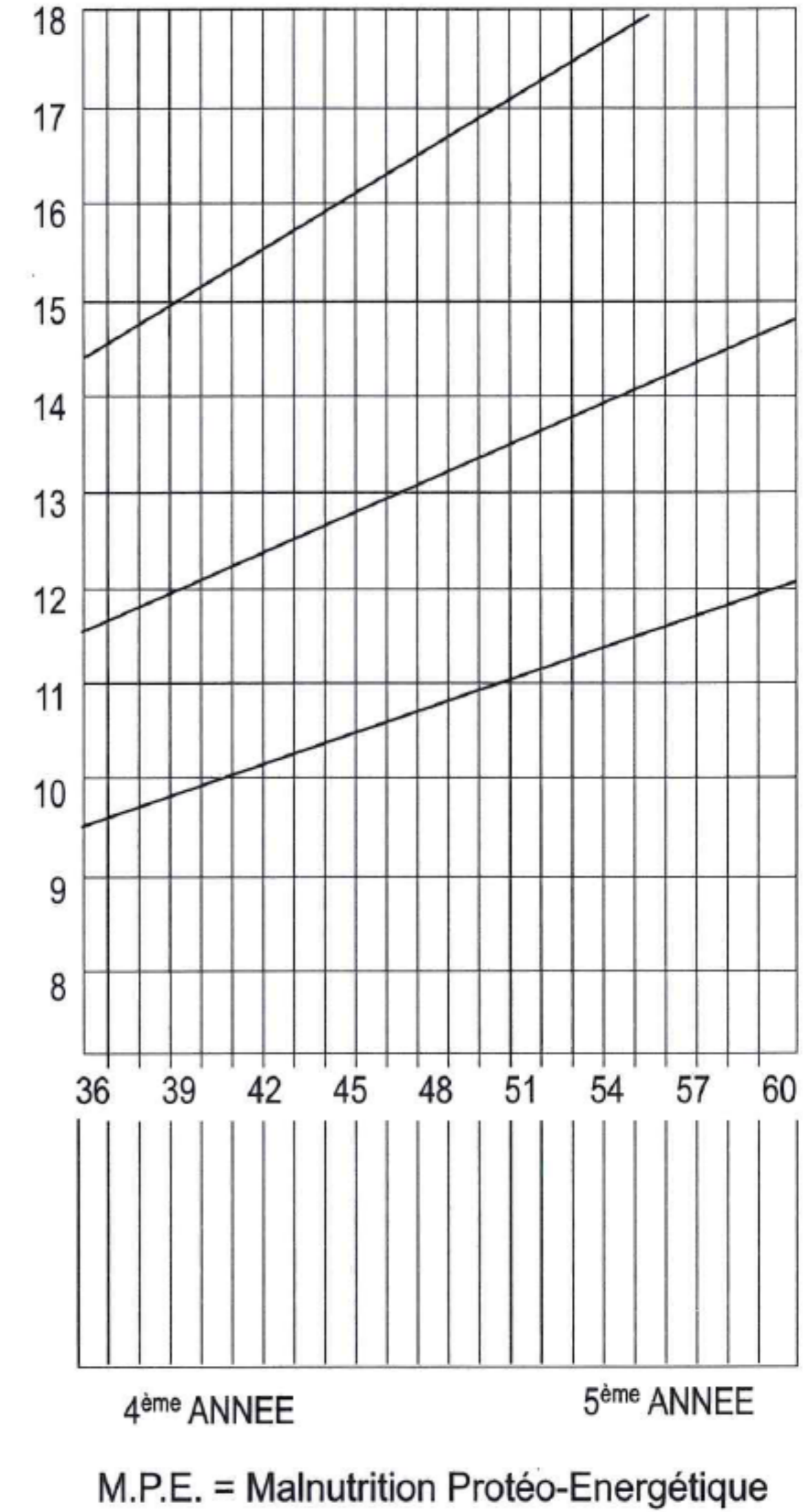
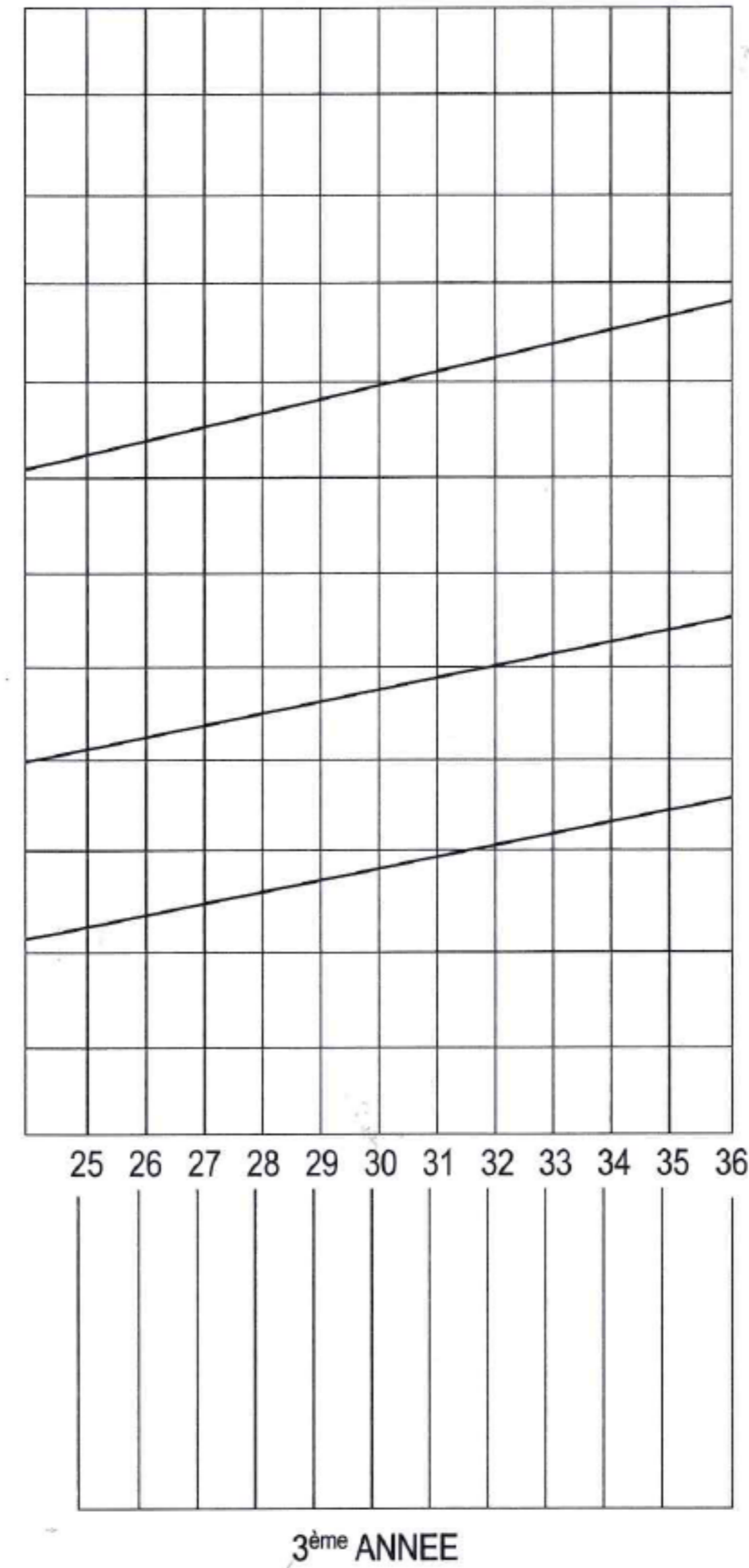
APPRECIATION DE Raison justifiant

Indiquez dans ces cases par un symbole la méthode de contraception choisie

- C = Condom P = Pilule S = Stérilet
 POIDS HI = Hormone injectable
 Indiquez le poids par ■ ou X Sp = Spermicide



L'ETAT NUTRITIONNEL DE L'ENFANT une surveillance particulière :

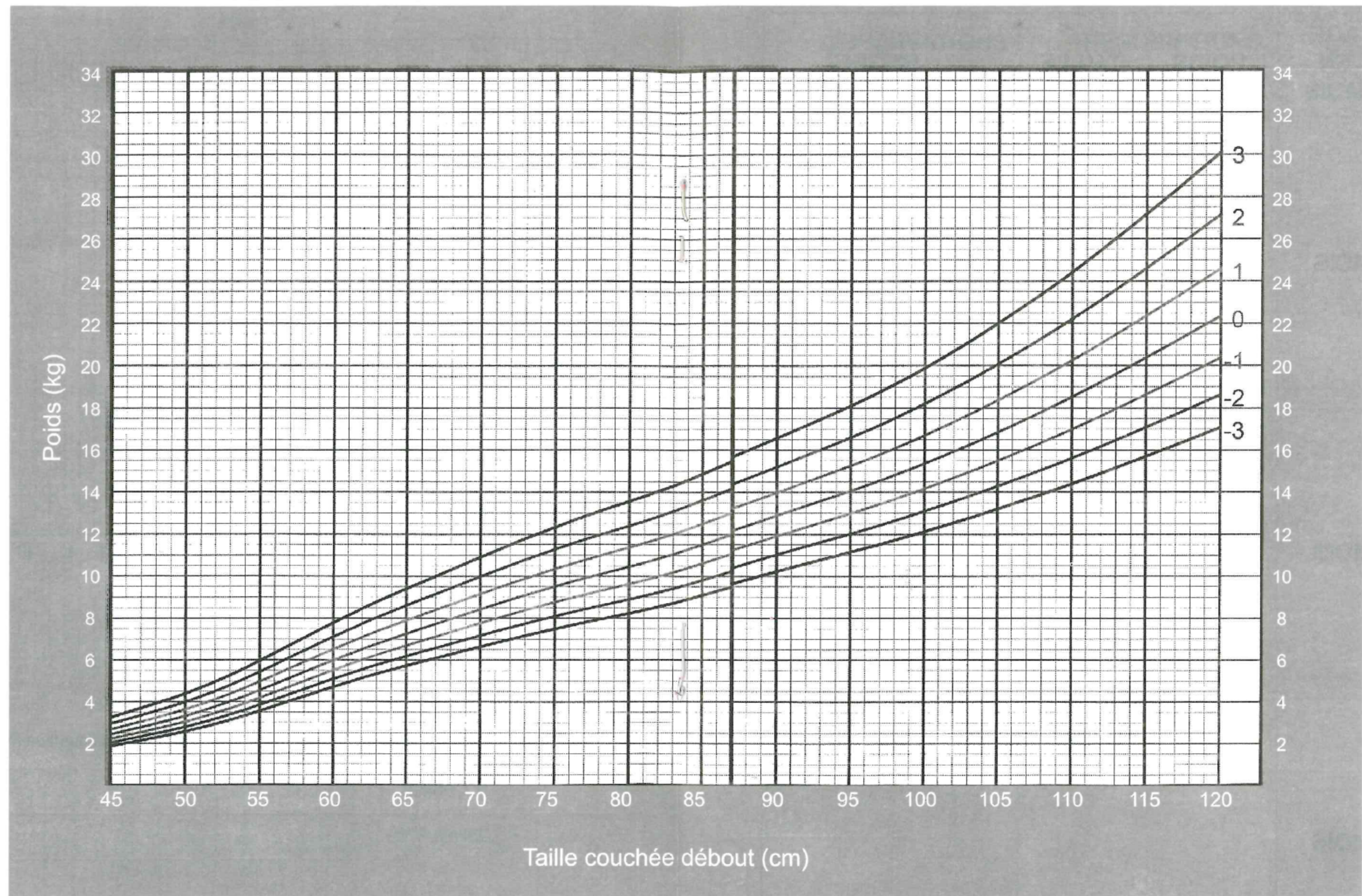


Poids-pour-taille couchée/debout

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Organisation mondiale de la Santé



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

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

