

VACCINATIONS

VACCIN	RENDEZ - VOUS DATE	VACCINATION EFFECTUEE LOT
BCG		
POLIO 0 1 2 3		
DTC/HepB/Hib (PENTA) 1 2 3		
PNEUMO 1 2 3		
ROTA 1 2		
VAR VAA VIT A		

REPUBLIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA SANTE DE LA FAMILLE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE

FICHE DE SURVEILLANCE DE L'ENFANT

Centre..... N' d'ordre.....

Nom Sexe.....

Prénoms.....

Date et lieu de naissance.....

Déroulement de grossesse (facteur de risque)

Accouchement

Nom et prénom du père

Profession

Nom et prénoms de la mère

Profession

Adresse

Nombre de frères et soeurs vivants.....

Décédés

LE VACCIN PROTEGE
L'ENFANT CONTRE
LES MALADIES



EXAMEN DE LABORATOIRE

Date	Type d'examen	
	GROUPE SANGUIN	
	FACTEUR RH	
	TEST D'EMEL OU ELECTROPH HB	



LE LAIT MATERNEL EST
LE MEILLEUR ALIMENT
POUR VOTRE ENFANT
DONNEZ LE LUI LE
PLUS LONGTEMPS
POSSIBLE

APPRECIATION DE L' ETAT NUTRITIONNEL DE L'ENFANT

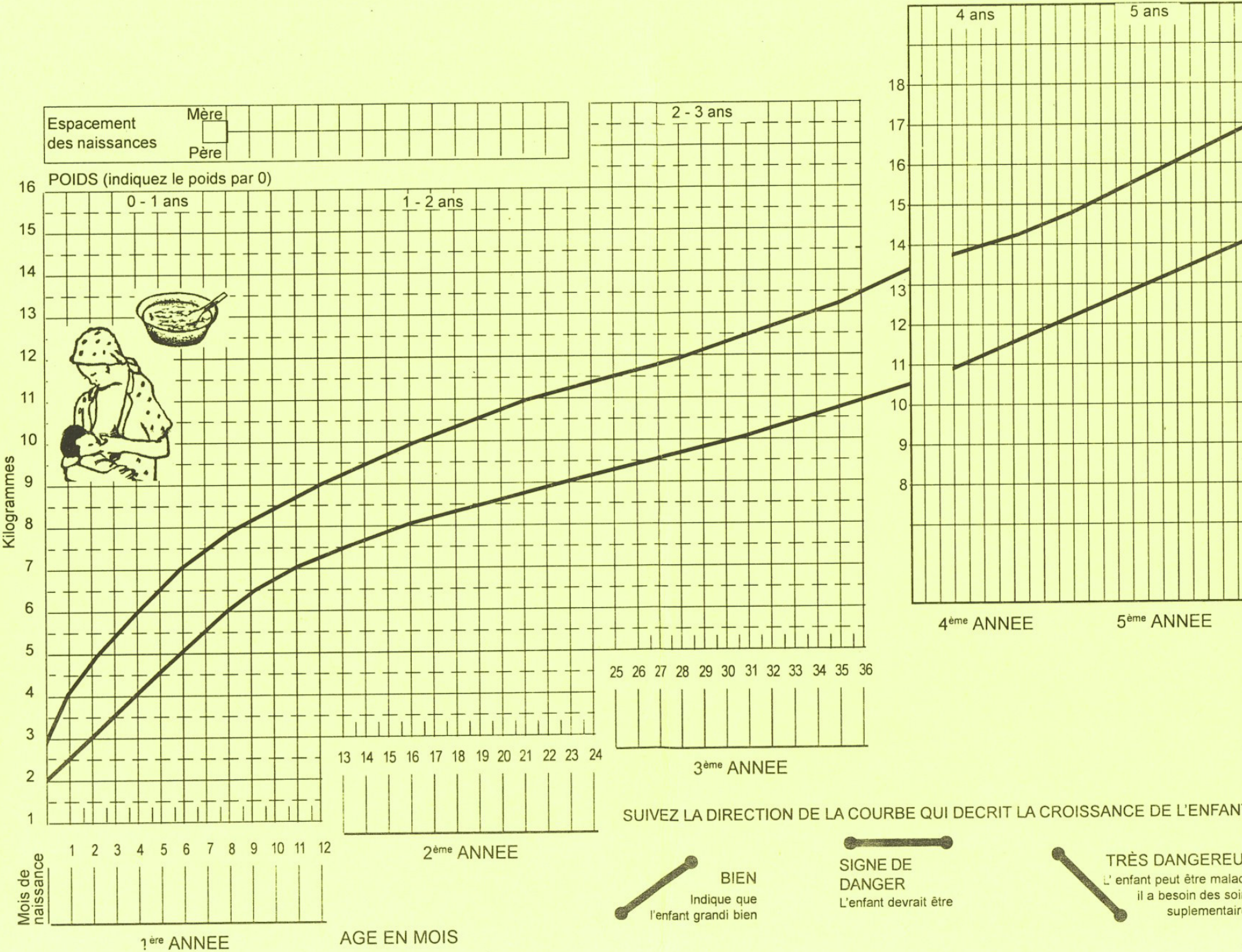
RAISONS JUSTIFIANT
UNE SURVEILLANCE PARTICULIERE

.....

.....

.....

.....



DIVERSIFIER L'ALIMENTATION
A PARTIR DE 4 MOIS

