Page 2

page 3

Page 1

# CALENDRIER DE VACCINATION INFANTILE

# CHILD VACCINATION SCHEDULE

### Identifiez si l'enfant a besoin des soins médicaux
Identify the problems the child has, which requires special attention

| | | |
|---|---|---|
| — **Le poids de naissance était-il inférieur à 2,5 kg ?**<br>was the birth weight < 2,5 kg? | **Oui**<br>Yes | **Non**<br>No |
| — **L'enfant était-il prématuré ?**<br>was the child premature? | **Oui**<br>Yes | **Non**<br>No |
| — **Enfant orphelin ?**<br>Is the child an orphan? | **Oui**<br>Yes | **Non**<br>No |
| — **Enfants jumeaux ?**<br>Are the child twins? | **Oui**<br>Yes | **Non**<br>No |
| — **L'écart entre cet enfant et son aîné vivant immédiat est moins de deux ans ?**<br>Is the age difference between the baby and his immediat elder brother or sister below 2 years? | **Oui**<br>Yes | **Non**<br>No |
| — **Rang de naissance au delà du 6ème ?**<br>Is the child after the sixth child in the family? | **Oui**<br>Yes | **Non**<br>No |
| — **A-t-on découvert une maladie héréditaire ou congénitale chez l'enfant ?**<br>Is the baby having any hereditary or congenital disease? | **Oui**<br>Yes | **Non**<br>No |
| — **Laquelle** / which? **Drépanocytose, Trisomie, Syphilis, etc.**<br>Sickle cell, Trisomy, Syphilis and others... | | |

**Conclusion :**

| DATE | OBSERVATIONS |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**(N.B. Population cible 0-11 mois)**
(N.B. Target population 0-11 months)

| AGE | VACCINS / VACCINES | MALADIES / DISEASES | FAIT LE / DONE ON | RENDEZ-VOUS | SIGNATURE |
|---|---|---|---|---|---|
| **A la naissance**<br>At birth | B.C.G | **Tuberculose** / Tuberculosis | | | |
| **A 1 mois 1/2**<br>At 1 1/2 months | DTC-HEP B1 + Hib1 | **Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Hépatite des infections à Hib*** | | | |
| **A 2 mois 1/2**<br>At 2 1/2 months | DTC-HEP B2 + Hib2 | **Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Hépatite des infections à Hib*** | | | |
| **A 3 mois 1/2**<br>At 3 1/2 months | DTC-HEP B3 + Hib3 | **Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Hépatite des infections à Hib*** | | | |
| **A 1 mois 1/2**<br>At 1 1/2 months | Pneumo 1 | **Infection à pneumocoque** / Infection due to pneumoccocus | | | |
| **A 2 mois 1/2**<br>At 2 1/2 months | Pneumo 2 | **Infection à pneumocoque** / Infection due to pneumoccocus | | | |
| **A 3 mois 1/2**<br>At 3 1/2 months | Pneumo 3 | **Infection à pneumocoque** / Infection due to pneumoccocus | | | |
| **A la naissance**<br>At birth | VPO - O | **Poliomyélite** / Poliomyelitis | | | |
| **A 1 mois 1/2**<br>At 1 1/2 months | VPO - 1 | **Poliomyélite** / Poliomyelitis | | | |
| **A 2 mois 1/2**<br>At 2 1/2 months | VPO - 2 | **Poliomyélite** / Poliomyelitis | | | |
| **A 3 mois 1/2**<br>At 3 1/2 months | VPO - 3 | **Poliomyélite** / Poliomyelitis | | | |
| **A 6 mois**<br>At 6 months | VIT. A | **Avitaminose** / Avitaminosis | | | |
| **A 9 mois**<br>At 9 months | VAR | **Rougeole** / Measles | | | |
| | VAA | **Fièvre jaune** / Yellow fever | | | |

* Dipheria / Tetanus / Whooping Cough / Hepatitis B

### AUTRES VACCINATIONS ET VIT. A - RAPPELS / OTHERS VACCINATIONS BOOSTER

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

### VITAMINE A

| | | |
|---|---|---|
| **FEMMES AU POST PARTUM** | 1ère dose<br>1st ☐ | 2ème dose<br>2nd ☐ |

### ENFANTS DE 12 MOIS A 59 MOIS / CHILDREN AGED 12 TO 59 MONTHS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **2ème / 2nd Dose** .......................... | **4ème / 4th Dose** .......................... | **6ème / 6th Dose** .......................... | **8ème / 8th Dose** ........................ | |
| **Prévue le *** | | | | |
| **Reçue le *** | | | | |
| **3ème / 3rd Dose** .......................... | **5ème / 5th Dose** .......................... | **7ème / 7th Dose** .......................... | **9ème / 9th Dose** ........................ | |
| **Prévue le** | | | | |
| **Reçue le** | | | | |

* **Prévue** = Planed ; **reçue** = received ; **mois** = months

**Promouvoir la bonne croissance de l'enfant - éduquer les mères sur les thèmes suivants :**
Promote the growth of the children and educate the mothers on the following themes:

**Allaitement maternel** / Breast feeding

**Surveillance de croissance** / Growth monitoring

**Vaccination**

**Bonne alimentation** / Proper nutrition

**En cas de diarrhée, TRO** / In case of diarrhoea, ORT

**Espacement de naissance** / Birth spacing

### CONSULTATION D'ENFANT DE 0 À 5 ANS
CHILD AGED FROM 0 TO 5 YEARS INFORMATIONS

| | |
|---|---|
| **L'aire de santé :** ..................................<br>Health area<br>**Formation sanitaire :** ..................................<br>Health Unit<br>**District de santé :** ..................................<br>Health District<br>**Région** / Region : .................................. | **N° de l'enfant :**<br>Number of child |
| **Nom de l'enfant :**<br>Name of child | **Date de naissance :**<br>Date of birth<br>**Garçon / Fille :**<br>Boy / Girl |
| **Nom de la mère ou nourrice :**<br>Name of mother or baby sister | **N° de la mère ou nourrice :**<br>No. of mother or baby sister |
| **Nom du père :**<br>Name of father | **N° du père :**<br>No. of father |

**Résidence exacte de l'enfant :** ..........................................................................
Exact residence of child

**District de santé :** ..........................................................................
Health district

**Région :** ..........................................................................
Region

**Nombre d'enfants :** ..........................................................................
Number of children

### FRERES ET SŒURS / BROTHERS AND SISTERS

| **Année de naissance**<br>Year of birth | **Garçon / Fille**<br>Boy / Girl | **Observations**<br>Observations |
|---|---|---|
| | | |

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE - CAMEROUN
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH - CAMEROON

# LE BON CHEMIN DE LA SANTE

## THE RIGHT PATH FOR GOOD HEALTH

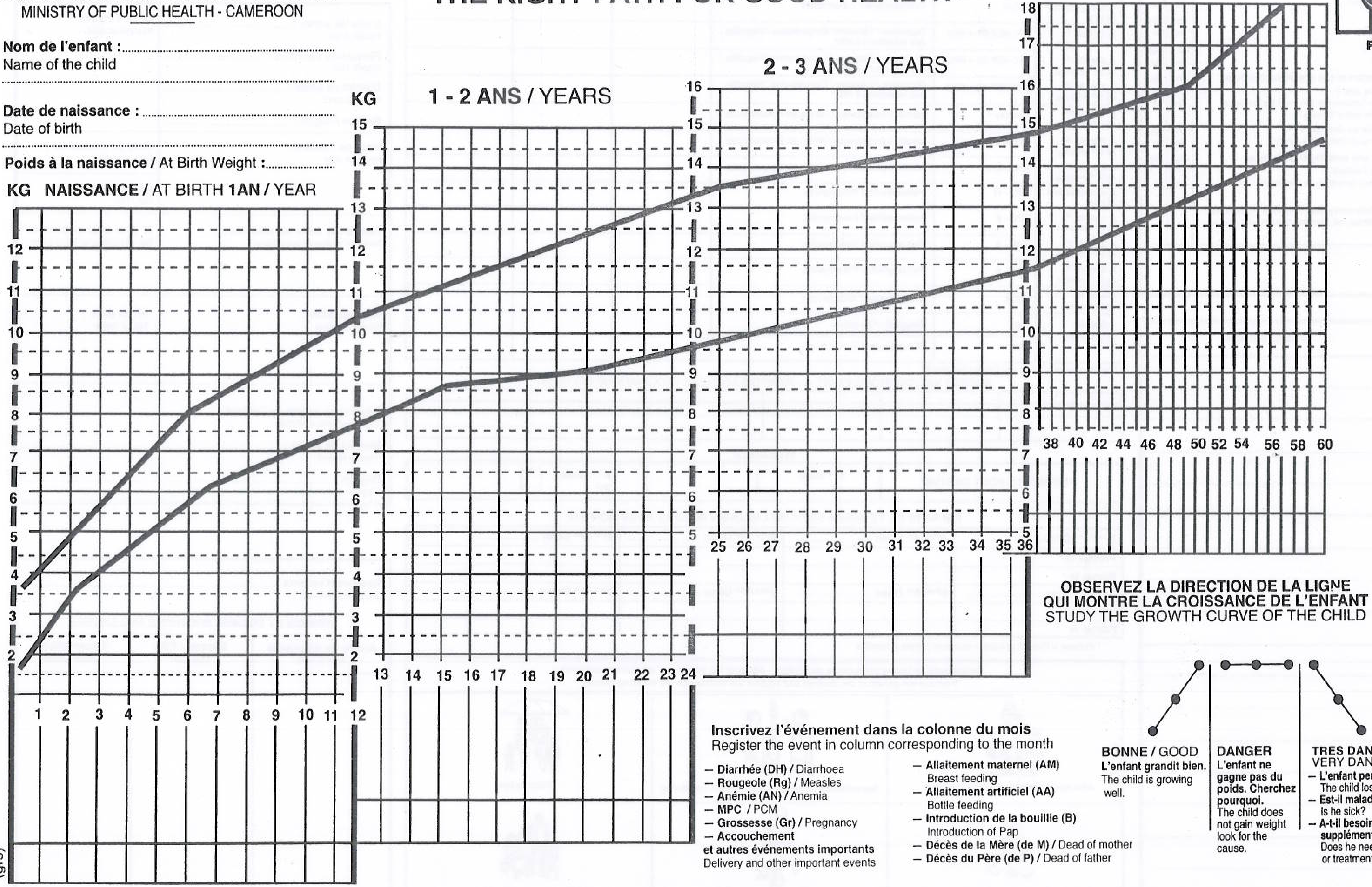
PROGRAMME ELARGI
DE VACCINATION

PEV

**Nom de l'enfant :** ..................................................
Name of the child
..................................................

**Date de naissance :** ..................................................
Date of birth
..................................................

**Poids à la naissance** / At Birth Weight : ..................



**OBSERVEZ LA DIRECTION DE LA LIGNE QUI MONTRE LA CROISSANCE DE L'ENFANT**
STUDY THE GROWTH CURVE OF THE CHILD

**BONNE** / GOOD
**L'enfant grandit bien.**
The child is growing well.

**DANGER**
**L'enfant ne gagne pas du poids. Cherchez pourquoi.**
The child does not gain weight look for the cause.

**TRES DANGEREUX**
VERY DANGEROUS
- **L'enfant perd du poids ?** The child loses weight?
- **Est-il malade ?** Is he sick?
- **A-t-il besoin de soins supplémentaires ?** Does he need extra care or treatment?

**Inscrivez l'événement dans la colonne du mois**
Register the event in column corresponding to the month

- **Diarrhée (DH)** / Diarrhoea
- **Rougeole (Rg)** / Measles
- **Anémie (AN)** / Anemia
- **MPC** / PCM
- **Grossesse (Gr)** / Pregnancy
- **Accouchement et autres événements importants** Delivery and other important events
- **Allaitement maternel (AM)** Breast feeding
- **Allaitement artificiel (AA)** Bottle feeding
- **Introduction de la bouillie (B)** Introduction of Pap
- **Décès de la Mère (de M)** / Dead of mother
- **Décès du Père (de P)** / Dead of father

Imprimerie Nationale - Yaoundé—1/07/2010