

Avec le soutien technique et financier de nos Partenaires :



Avec la collaboration des Programmes nationaux de santé (PEV, PNEVG/EA, PNN, PNLN, PNPEC, PNPSBD, PNSR/PF, PNSSU) et du Centre de Guidance Infantile de l'INSP

Pour des informations complémentaires veuillez contacter :  
Le Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant (PNSI/SE)

Tél : 20 21 22 21 Fax : 20 21 21 73

Email : [dcpnsi@yahoo.fr](mailto:dcpnsi@yahoo.fr)

*Achévé d'imprimer  
sur les Presses de l'Imprimerie Nationale  
de Côte d'Ivoire  
Décembre 2012*

MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union - Discipline - Travail



PROGRAMME NATIONAL DE SANTE INFANTILE  
ET DE LA SURVIE DE L'ENFANT



## CARNET DE SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT



Nom et prénoms de la mère: .....

Nom et prénoms de l'enfant : .....

Reproduction Interdite

**PRIX :** Public 500 F cfa  
Privé 1 500 F cfa

# ENREGISTREMENT DE LA NAISSANCE DE L'ENFANT A L'ETAT CIVIL

## Enregistrer son enfant c'est lui garantir:

- son nom / son identité
- son lien avec ses parents biologiques
- sa nationalité
- son accès à l'école
- ses droits d'héritage
- une protection contre les abus
- et ses droits, plus tard, de se marier, d'ouvrir un compte, de contracter, de voter, etc.

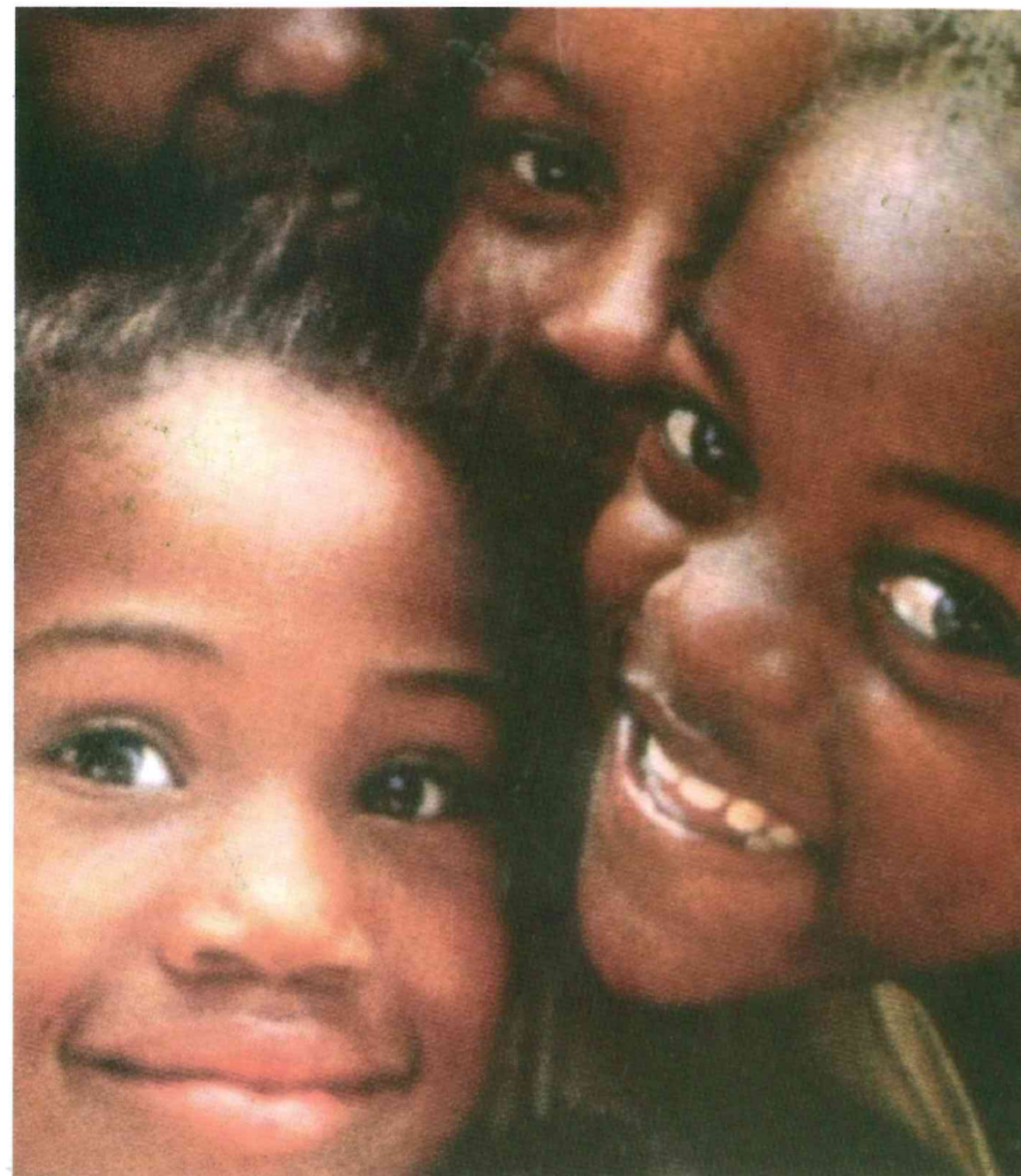
*C'est **GRATUIT** si c'est fait **AVANT** que l'enfant ait **3 MOIS***

**Qui peut le faire?** Le père, la mère ou une tierce personne

## Pièces à fournir:

- Certificat d'accouchement
- Pièce d'identité du déclarant (père, mère, ou un tiers)

**Condition particulière:** si c'est la mère ou une tierce personne qui déclare, il faut une procuration du père OU le livret de famille, pour que le nom du père soit saisi dans le registre.



**La déclaration/retranscription dans le registre d'état civil : GRATUIT**  
**La délivrance d'un acte de naissance:** sur demande + 1 timbre fiscal par acte

Parents, adoptez les pratiques familiales essentielles pour la bonne santé de vos enfants, de la famille et de la communauté.

## INFORMATIONS ETAT CIVIL

Partie à remplir par l'Officier ou l'Agent de l'état civil au moment  
de l'enregistrement

*(Attention: ne vaut pas acte de naissance)*

Commune / Sous-préfecture de : .....

Centre d'Etat civil de : .....

N° ..... de l'acte d'état civil du Registre de l'année: .....

Date de déclaration de la naissance: ...../...../.....

Nom de l'enfant: .....

Prénoms: .....

Date de naissance: ...../...../.....

Lieu de naissance: .....

Sexe: F \_\_\_/ M \_\_\_/

Nom et Prénoms du père: .....

Né le ..... à .....

Nom et Prénoms de la mère: .....

Née le ..... à .....

Nom, Prénoms et Signature de  
l'Officier ou l'Agent de l'état civil :

Cachet du Centre d'état civil

## CONSULTATION PRENATALE

Centre de : .....

N° client...../.....

*Cachet du service*

## CONSULTATION INFANTILE

Centre de : .....

N° client ...../.....

*Cachet du service*

Parents, prenez soin de ce carnet !  
Gardez-le toujours avec vous, même en voyage  
Il est valable pour tous les centres de santé.

# SOMMAIRE

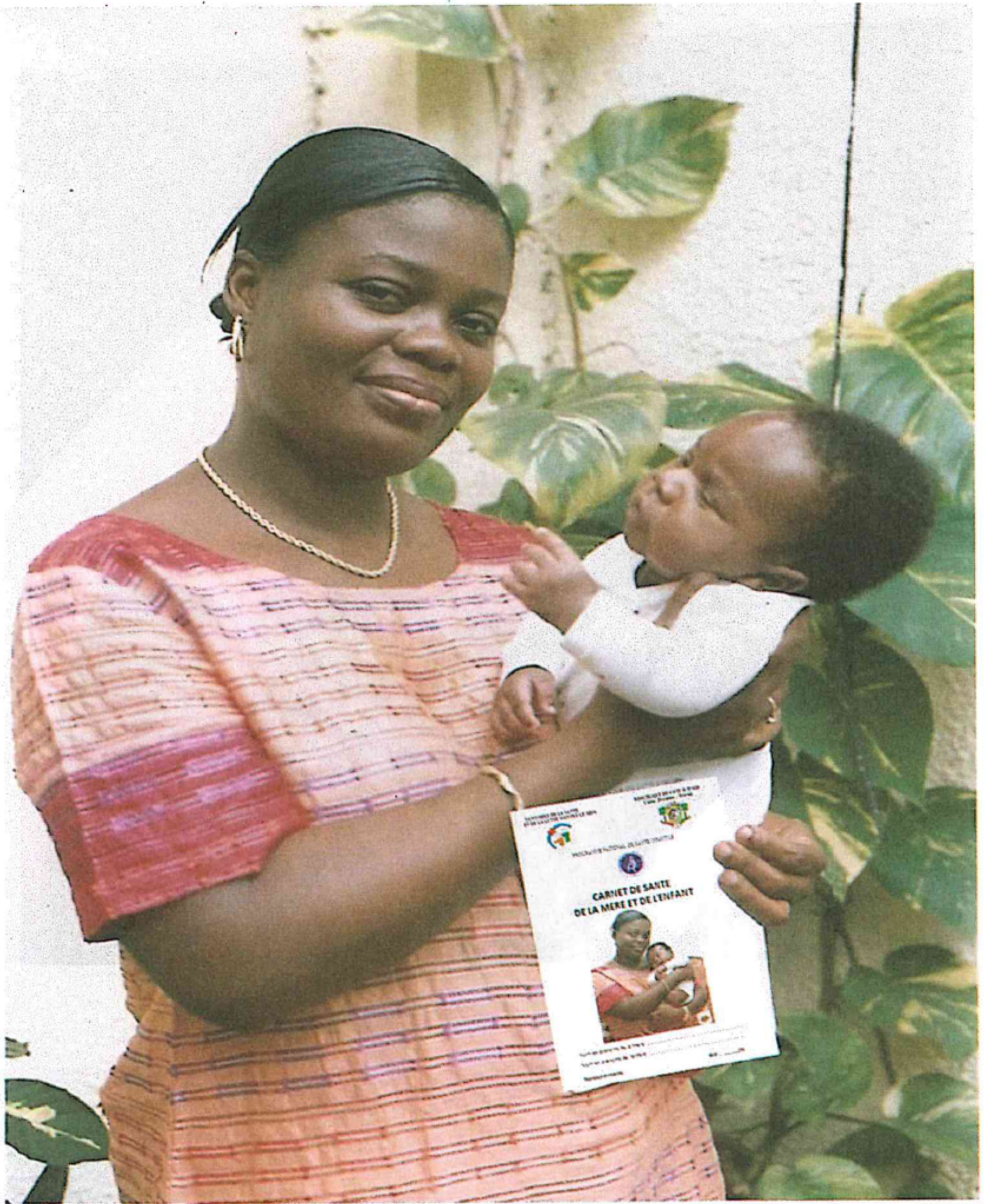
Pages

Identification .....	07
Informations médico-sociales .....	08
CCC à l'intention de la femme enceinte à chaque CPN .....	09
Antécédents .....	10
Grossesse actuelle .....	12
Signes de danger à signaler par la femme enceinte.....	13
Examens biologiques .....	14
Examen du 4 <sup>ème</sup> mois .....	15
Examen du 5 <sup>ème</sup> mois .....	16
Examen du 6 <sup>ème</sup> mois .....	17
Examen du 7 <sup>ème</sup> mois .....	18
Examen du 8 <sup>ème</sup> mois .....	19
Examen du 9 <sup>ème</sup> mois .....	20
Autres consultations et traitements de la femme enceinte.....	21
Critères absolus de référence .....	25
Vaccination chez la femme enceinte .....	26
Régime thérapeutique PTME .....	28
Prophylaxie antipalustre chez la mère .....	28
Déparasitage de la mère .....	28
Prévention de l'anémie chez la mère .....	28
Accouchement .....	29
Etat du nouveau-né à la naissance .....	30
Suites de couches immédiates .....	31
Etat du nouveau-né de J1 à J3 .....	32
CCC pour le suivi de l'enfant .....	34
Examen néonatal (entre J3 et J7 après l'accouchement) .....	35
Examen de la mère (1 semaine après l'accouchement) .....	36
Visite post-natale de la mère (6-8 semaines après l'accouchement).....	37
Consultations préventives de l'enfant de 0 à 3 mois .....	38
Examens à 3 mois .....	41
Consultations préventives de l'enfant de 4 à 6 mois .....	42
Examens à 6 mois .....	45
Calendrier nutritionnel .....	47
Suivi nutritionnel de l'enfant .....	48

## SOMMAIRE (suite)

### Pages

Consultations préventives de l'enfant de 7 à 9 mois .....	50
Développement psychomoteur de l'enfant sain .....	52
Examens à 9 mois .....	54
Consultations préventives de l'enfant de 10 à 12 mois .....	56
Calendrier de vaccination des enfants .....	59
Vaccination PEV .....	60
Autres vaccinations.....	61
Manifestations Adverses Post-Immunisation (MAPI).....	62
Diagnostic chez l'enfant .....	63
Prévention du paludisme chez l'enfant .....	63
Supplémentation en vitamine A .....	63
Déparasitage (à partir de 6 mois) .....	64
Prévention des co-infections .....	64
Examens à 12 mois .....	65
Consultations préventives de l'enfant de 13 à 24 mois .....	66
Examens à 24 mois .....	69
Consultations préventives de l'enfant de 24 à 36 mois .....	70
Prévention de la carie dentaire .....	72
Examen à 4 ans (Consultations spécialisées : Pédiatrie) .....	73
Examen à 4 ans (Consultations spécialisées : ORL) .....	74
Examen à 4 ans (Consultations spécialisées : Ophtalmologie) .....	74
Examen à 4 ans (Consultations spécialisées : Odontostomatologie) .....	76
Consultations curatives/Hospitalisations .....	78
Courbes de croissance (Interprétation) .....	91
Courbes de croissance pour les filles .....	92
Courbes de croissance pour les garçons.....	96
Visite médicale systématique (classe de CP1) .....	101
Visite médicale systématique (classe de CE2) .....	102
Visite médicale systématique (classe de CM2) .....	103
Visite médicale systématique (classe de 6ème) .....	104
Visite médicale systématique (classe de 3ème) .....	105
CCC à l'intention des adolescents .....	106
Développement Psychomoteur de l'enfant de 15 mois à 5 ans .....	107
Pratiques Familiales Essentielles .....	108



Maman, conserve soigneusement ce carnet et présente le à toutes tes consultations et à celles de ton enfant.



Future maman, rends toi en consultation prénatale au moins quatre fois pour un meilleur suivi de ta grossesse.



## IDENTIFICATION

### MERE :

Nom et Prénoms : .....

Epouse : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nationalité : ..... Ethnie : .....

Lieu de résidence : Ville : ..... Village : .....

Quartier : ..... Lot  
n° : .....

Tél.: .....

Profession : ..... Employeur : .....

### PERE :

Nom et Prénoms : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nationalité : ..... Ethnie : .....

Lieu de résidence : Ville : ..... Village : .....

Quartier : ..... Lot  
n° : .....

Tél.: .....

Profession : ..... Employeur : .....

### ENFANT :

Nom et Prénoms : .....

Sexe : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance : .....

Groupe sanguin : ..... Rhésus : .....

Future Maman, dès la première consultation, présente-toi avec ta pièce d'identité, celle du père et les carnets des grossesses antérieures pour un meilleur suivi de ta grossesse.

## INFORMATIONS MEDICO-SOCIALES CONDITIONS DE VIE

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Logement :

Habitat précaire

Cour commune

Villa

Appartement

Autres

Préciser : .....

Nombre de personnes vivant dans le ménage : / \_\_\_\_/

### Approvisionnement en eau et électricité :

Eau courante : Oui  Non

Eau de forage : Oui  Non

Eau de puits traditionnel : Oui  Non

Eau de marigot : Oui  Non

Electricité : Oui  Non

Autre à

préciser : .....

...

### Élimination des excréta :

Latrine à fosse simple : Oui  Non

Latrine à siphon d'eau : Oui  Non

Dans la nature : Oui  Non

### Travaux ménagers :

Etes-vous aidée aux travaux ménagers ? Oui  Non

Maman, utilise de l'eau propre et rends ton environnement propre.  
La propreté est le début de la santé.

# **Communication pour le Changement de Comportement (CCC) à l'intention de la femme enceinte à chaque consultation prénatale**

## **THEMES**

### **1° Hygiène:**

- Hygiène de vie
- Hygiène corporelle et vestimentaire
- Hygiène alimentaire et conseils nutritionnels
- Hygiène bucco-dentaire

### **2° Bilan prénatal**

### **3° Prévention du paludisme**

### **4° Prévention de l'anémie**

### **5° Prévention du Tétanos**

### **6° Prévention IST/VIH/Sida (PTME)**

### **7° Signes de danger :**

- Hémorragie
- Fièvre
- Œdèmes
- Rupture prématurée des membranes
- Céphalées
- Douleurs au bas ventre
- Essoufflement
- Brûlures mictionnelles
- Non perception des mouvements fœtaux

### **8° Préparation à l'accouchement :**

- Où, quand, référence éventuelle, accompagnement, coût, transport, Trousseau mère-enfant, etc....
- Mise au sein précoce
- Soins à la mère et au nouveau-né

### **9° Auto - médication et pratiques néfastes traditionnelles**

### **10° Planification familiale**

### **11° Prévention des cancers du sein et du col de l'utérus**

### **12° Législation et grossesse**

- Déclaration de grossesse
- Congé de maternité
- Déclaration de naissance

Maman, consomme les aliments riches en calcium (lait, yaourt, fromage, gombo sec, feuilles de baobab séchées...), cela aide au développement des os de ton bébé.

# ANTECEDENTS

**MERE :**

Médicaux : .....

.....

N° de Prise en charge thérapeutique :

Antécédents de malformation dans la famille : oui  non

Si oui préciser.....

Allergies : .....

Chirurgicaux : .....

Gynécologiques : .....

Obstétricaux (G.P.):.....

Groupe sanguin: ..... Rhésus : .....

Electrophorèse de l'hémoglobine : .....

Sérologie Toxoplasmose : ..... Sérologie Rubéole .....

VDRL / TPHA : .....

V.A.T. à jour : oui  non

## GESTATIONS

N°	DATE	DUREE			MODE D'ACCOUCHEMENT
		Avortement	Prématuré	A terme	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Maman, protège ta santé en espaçant tes grossesses d'au moins 2 ans.

## ANTECEDENTS

### PERE :

Médicaux : .....

Antécédents de malformation dans la famille : oui  non

Si oui préciser.....

Allergies : .....

Groupe sanguin: ..... Rhésus : .....

VDRL / TPHA : .....

Electrophorèse de l'hémoglobine : .....

### ANTERIEURES

COMPLICATIONS (Hémorragie, Infection, autres...)	ENFANT				
	Né vivant	Mort-né	Poids	Décédé	
				Age	Cause

Papa, soutiens et accompagne maman au cours de la grossesse.

## GROSSESSE ACTUELLE

EXAMEN entre le 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> mois (6-15 SA) Le ...../...../.....

D.D.R :

Accouchement prévu le :

N° PTME / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Age gestationnel : .....

Examen clinique :

Poids habituel : ..... Poids actuel : ..... TA : .....

Taille : ..... Périmètre Brachial : .....

Conjonctives : ..... Seins : .....

Œdèmes : oui  non  Varices : oui  non

Doppler : .....

Spéculum : .....

TV + Palper: .....

Facteurs de risque : oui  non

Si oui préciser : .....

OBSERVATIONS : .....

Traitement : .....

RDV : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Echographie recommandée : .....

Résultat : .....

Moustiquaire Imprégnée reçue (MILDA) : oui  non

Femme salariée allocataire, réclame ton certificat de grossesse  
dès le 3<sup>e</sup> mois pour ton dossier administratif.

## **SIGNES DE DANGER A SIGNALER PAR LA FEMME ENCEINTE**

- ŒDEMES DES MEMBRES INFERIEURS (PIEDS ENFLES)
- SAIGNEMENTS
- RUPTURE DE LA POCHE DES EAUX (ECOULEMENT D'EAU)
- FIEVRE
- DOULEURS AU BAS VENTRE
- CEPHALEES (MAUX DE TETE)
- VERTIGES
- BOURDONNEMENTS D'OREILLE
- ESSOUFFLEMENTS
- BRULURES MICTIONNELLES (A L'EMISSION DES URINES)
- NON PERCEPTION DES MOUVEMENTS FŒTAUX (L'ENFANT NE BOUGE PAS)

Maman, devant l'un de ces signes rends toi rapidement au centre de santé le plus proche.

# EXAMENS BIOLOGIQUES

Nom de la Structure Sanitaire : .....

Groupe sanguin : ..... Rhésus : .....

Taux

Hb : ..... Hématocrite : .....

Glycémie à jeun : .....

Albumine : ..... Sucre : .....

Electrophorèse d'hémoglobine : .....

PTME : <sup>0</sup> <sup>1</sup> <sup>2</sup> <sup>3</sup>

VDRL : ..... TPHA : .....

Sérologie Toxoplasmose : IgG : ..... IgM: .....

Sérologie Rubéole : IgG : ..... IgM: .....

Recherche de nitrites dans les urines/ECBU : .....

Test de Coombs indirect (Si nécessaire) : .....

AgHBs : .....

Anticorps antiHBc : IgG : ..... IgM: .....

Autres Examens : .....

.....

OBSERVATIONS : .....

.....

Traitement : .....

.....

.....

RDV : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, en début de grossesse, accepte de faire ton test VIH pour protéger ton bébé.



**EXAMEN du 4<sup>e</sup> mois (16-20 SA) Le ...../...../.....**

Nom de la Structure Sanitaire : .....

Age gestationnel (semaines) : .....

Signes fonctionnels (Plaintes) : .....

.....

Examen clinique :

Poids : ..... Prise de poids : .....

Taille : ..... T.A. : ..... T° : .....

Conjonctives : .....

Seins : .....

Œdèmes : ..... Vergetures : ..... Varices : .....

Mvts fœtaux actifs : .....

H.U. (cm): ..... PO (cm): .....

Palper : .....

B.D.C:  Nombre/minute : ..... Régularité: .....

.....

Spéculum (si nécessaire): .....

T.V. (si nécessaire) : .....

Albumine : ..... Sucre : .....

Sérologie toxoplasmose (si nécessaire) : IgG : ..... IgM : .....

Sérologie rubéole : (si nécessaire) : IgG : ..... IgM : .....

OBSERVATIONS : .....

.....

Traitement : .....

.....

.....

RDV : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, viens régulièrement à la consultation prénatale, ta santé et celle de ton bébé en dépendent.

Nom de la Structure Sanitaire : .....

Age gestationnel (semaines) : .....

Signes fonctionnels (Plaintes) : .....

Examen clinique :

Poids : ..... Prise de poids : .....

Taille : ..... T.A. : ..... T° .....

Conjonctives : .....

Seins : .....

Œdèmes : ..... Vergetures : ..... Varices : .....

Mvts fœtaux actifs : .....

H.U. (cm):..... PO (cm):.....

Palper : .....

B.D.C:  Nbre/minute : ..... Régularité:.....

Spéculum (si nécessaire): .....

T.V. (si nécessaire) : .....

Taux d'hémoglobine : ..... Hématocrite : .....

Test de Coombs indirect (si nécessaire) : .....

Sérologie toxoplasmose (si nécessaire) : .....

Albumine : ..... Sucre : .....

Echographie recommandée : .....

OBSERVATIONS : .....

Traitement : .....

.....

RDV : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, consomme les aliments riches en protéines comme le poisson, la viande, les œufs, le soja, le haricot, qui permettent le bon développement de ton enfant.

**EXAMEN du 6<sup>e</sup> mois (24-28 SA) Le ...../...../.....**

Nom de la Structure Sanitaire : .....

Age gestationnel (semaines) : .....

Signes fonctionnels (Plaintes) : .....

Examen clinique :

Poids : ..... Prise de poids : .....

Taille : ..... T.A. : ..... T° : .....

Conjonctives : .....

Seins : .....

Œdèmes : ..... Vergetures : ..... Varices : .....

Mvts fœtaux actifs : .....

H.U. (cm) : ..... PO (cm) : .....

Palper : .....

B.D.C:  Nbre/minute : ..... Régularité : .....

Spéculum (si nécessaire) : .....

T.V. (si nécessaire) : .....

Sérologie toxoplasmose (si nécessaire) : .....

VDRL/TPHA : .....

Albumine : ..... Sucre : .....

Préparation à l'accouchement : .....

Résultat de l'échographie : .....

OBSERVATIONS : .....

Traitement : .....

RDV : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, dors toutes les nuits sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action pour te protéger contre les piqûres de moustiques et le paludisme.

**EXAMEN du 7<sup>e</sup> mois (28-32 SA)      Le ...../...../.....**

Nom de la Structure Sanitaire : .....

Age gestationnel (semaines) : .....

Signes fonctionnels (Plaintes) : .....

.....

**Examen clinique :**

Poids : ..... Prise de poids : .....

Taille : ..... T.A. : ..... T° : .....

Conjonctives : .....

Seins : .....

Œdèmes : ..... Vergetures : ..... Varices : .....

Mvts fœtaux actifs : .....

H.U. (cm): ..... PO (cm): .....

Palper : .....

B.D.C:  Nbre/minute : ..... Régularité: .....

Spéculum (si nécessaire): .....

T.V. (si nécessaire) : .....

Sérologie toxoplasmose (si nécessaire) : .....

VDRL/TPHA: .....

Albumine : ..... Sucre : .....

Echographie recommandée : .....

Préparation à l'accouchement : .....

**OBSERVATIONS :** .....

Traitement : .....

.....

.....

**RDV :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, même séropositive, tu peux accoucher d'un enfant bien portant grâce à la PTME.

**EXAMEN du 8<sup>e</sup> mois (32-36 SA) Le .....**

Nom de la Structure Sanitaire : .....

Age gestationnel (semaines) : .....

Signes fonctionnels (Plaintes) : .....

**Examen clinique :**

Poids : ..... Prise de poids : .....

Taille : ..... T.A. : ..... T° : .....

Conjonctives : .....

Seins : .....

Œdèmes : ..... Vergetures : ..... Varices : .....

Mvts fœtaux actifs : .....

H.U. (cm) : ..... PO (cm) : .....

Palper : .....

B.D.C: 

--	--

 Nbre/minute : ..... Régularité: .....

Spéculum .....

T.V. ....

Bassin : ..... Périnée : .....

Taux d'Hb : ..... Hématocrite : .....

Sérologie Toxoplasmose (si nécessaire) : .....

Albumine : ..... Sucre : .....

Préparation à l'accouchement : .....

Résultat de l'échographie : .....

**OBSERVATIONS :** .....

Traitement : .....

RDV : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et prénoms du prestataire  
Cachet et Signature

Maman, Prépare-toi à l'accouchement en prévoyant à l'avance : le lieu, le coût, le moyen de transport, les moyens pour une évacuation éventuelle, l'accompagnement, le trousseau, etc.

**EXAMEN du 9<sup>e</sup> mois (36-40 SA)      Le ...../...../.....**

Nom de la Structure Sanitaire : .....  
Age gestationnel (semaines) : .....  
Signes fonctionnels (Plaintes) : .....

**Examen clinique :**

Poids : ..... Prise de poids : .....

Taille : ..... T.A. : ..... T° : .....

Conjonctives : .....

Seins : .....

Œdèmes : ..... Vergetures : ..... Varices : .....

Mvts fœtaux actifs : .....

H.U. (cm): ..... PO (cm): .....

Palper : .....

B.D.C: 

--

 Nombre/minute : ..... Régularité: .....

Spéculum .....  
T.V. ....

Bassin : ..... Périnée : .....

Taux d'Hb : ..... Hématocrite : .....

Albumine : ..... Sucre : .....

Echographie (éventuellement) : .....

Pronostic de l'accouchement à 38 SA : Bon  Réservé  Mauvais

Préparation à l'accouchement (Consignes éventuelles): .....

.....

**OBSERVATIONS :** .....

Traitement : .....

.....

RDV : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, pour ta santé et celle de ton enfant, accouche à la maternité.  
Accoucher à la maternité sauve des vies.

<b>DATE</b>	<b>AUTRES CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE</b>

<b>DATE</b>	<b>AUTRES CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE</b>



<b>DATE</b>	<b>AUTRES CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE</b>

<b>DATE</b>	<b>AUTRES CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE</b>

# CRITERES ABSOLUS DE REFERENCE

## Hémorragie

- Hémorragie de la grossesse
- Hémorragie du travail
- Hémorragie du post partum immédiat

## Pathologie de la grossesse

- Gestose et complications
- Diabète
- Hémoglobinopathie sévère

## Pathologie Fœtale

- Antécédent de mortinatalité itérative
- Procidence du cordon battant
- Souffrance fœtale aiguë

## Pathologie de l'accouchement

- Bassin immature
- Dilatation stationnaire de plus de 3 heures
- Primipare âgée de plus de 35 ans
- Travail long et prolongé au-delà de 12 heures
- Membrane rompue depuis plus de 12 heures
- Volume utérin de plus de 35 cm
- Utérus cicatriciel
- Siège chez la primipare
- 1<sup>er</sup> Jumeau en siège
- Autres présentations dystociques
- Tumeur utérine ou vulvaire
- Syndrome de pré-rupture

# VACCINATION ANTITETANIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

## CALENDRIER VACCINAL (PEV)

VACCIN ANTITETANIQUE	PERIODE DE L'INJECTION	DUREE DE PROTECTION DU VACCIN
VAT 1	A la 1 <sup>ère</sup> CPN	Pas de protection
VAT 2	4 semaines après le VAT 1 : à la 2 <sup>ème</sup> CPN	3ans
VAT 3	6 mois après le VAT 2	5 ans
VAT 4	1 an après le VAT 3	10 ans
VAT 5	1 an après le VAT 4	Protection à vie

DOSES	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE
1 <sup>ère</sup> dose			
2 <sup>ème</sup> dose			
1 <sup>er</sup> rappel			
2 <sup>ème</sup> rappel			
3 <sup>ème</sup> rappel			

- N.B. :** 1. La mère et l'enfant ne sont pas protégés si la vaccination débute après le 8<sup>e</sup> mois.  
2. Noter les doses de vaccin antitétanique reçues antérieurement

Femme enceinte, fais-toi vacciner contre le tétanos, ton bébé et toi serez protégés.

## AUTRES VACCINATIONS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

VACCINATIONS CONTRE	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE
<b>Hépatite B *:</b> 1 <sup>ère</sup> dose :			
	2 <sup>ème</sup> dose :		
	3 <sup>ème</sup> dose :		
AUTRES VACCINATIONS	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE

**\*N.B. :** La vaccination contre l'hépatite B chez la femme enceinte n'est pas systématique. Elle est fonction des résultats du dosage de l'AgHBs, de l'Anticorps antiHBc et autres marqueurs de l'hépatite B. En cas de doute, ou de difficultés pour les interpréter, référer la femme enceinte dans un service spécialisé (Hépto-Gastro-entérologie ou Médecine interne).

## REGIME THERAPEUTIQUE PTME

Prophylaxie  Traitement

### PROPHYLAXIE ANTI PALUSTRE DE LA MERE

**MILDA** (Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'Action) reçue: Oui  Non  date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **Sulfadoxine pyrimethamine (SP) :**

1<sup>e</sup> dose (à partir du 4<sup>e</sup> mois de la grossesse) date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2<sup>e</sup> dose (1 mois après la 1<sup>ère</sup> Dose) date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3<sup>e</sup> dose (1 mois après la 2<sup>ème</sup> Dose) si nécessaire date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**NB :** Ne pas donner la SP au delà de la fin du 8<sup>ème</sup> mois (36 semaines)

### DEPARASITAGE DE LA MERE

1<sup>ère</sup> dose (dès le 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse) date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2<sup>ème</sup> dose (dès le 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse) date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### PREVENTION DE L'ANEMIE

Supplémentation en Fer de la mère à partir de la 20<sup>ème</sup> semaine (4<sup>e</sup> mois).  
Date de début : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Maman, dors toutes les nuits sous moustiquaire imprégnée d'insecticide.

# ACCOUCHEMENT

Nom de la Structure sanitaire : .....

Date d'entrée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure d'arrivée: .....

Mode d'entrée : .....

Numéro de partogramme : .....

Poids : ..... T°: ..... HU : ..... BDC : ..... Pouls : ..... T.A: .....

N° PTME / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PTME <sup>0</sup> <sup>1</sup> <sup>2</sup> <sup>3</sup>

Age de la grossesse (SA) : .....

Date d'accouchement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : ..... Lieu : .....

Régime thérapeutique PTME : Prophylaxie  · Traitement

Poche des eaux : Intacte  Rompue  Durée de la rupture: .....

Liquide amniotique Aspect : Clair  Purée de pois  Teinté

Odeur : Non fétide  Fétide

Présentation: .....

Accouchement : Normal  Dystocie  Ventouse  Forceps

Césarienne  Indication .....

Durée d'expulsion du nouveau né : .....

Délivrance : Heure : ..... normale  artificielle

Placenta : Poids : ..... Aspect : complet  incomplet

Anomalie du placenta : .....

Révision utérine : oui  non

Cordon ombilical : Aspect : ..... Nombre de vaisseaux : .....

Mère vaccinée : oui  non  S.A.T. (si nécessaire) : .....

**OBSERVATIONS :** .....

Mère référée avant accouchement? oui  non

Si oui, heure de départ : .....

Motif de référence :

.....

Durée du

travail : .....

.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, mets ton bébé au sein dans la demi heure qui suit l'accouchement  
et garde-le au chaud.

# ETAT DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE

Enfant né : A terme  Prématuré  Post terme   
 Mort né : antépartum  intrapartum   
 Sexe : F  M  Poids (gramme) : .....  
 Taille : ..... P.C. : ..... T° : .....  
 Cri immédiat : oui  non   
 Réanimé : oui  non   
 Si réanimé, Durée : .....  
 Comment : Manœuvres externes  Médicaments   
 Manœuvres externes .....  
 Médicaments : .....

Prophylaxie PTME donnée : oui  non   
 SAT : oui  non   
 Vitamine K 1 : oui  non   
 Désinfection des yeux : oui  non   
 Mise au sein précoce : oui  non

## TABLEAU D'APGAR A LA NAISSANCE

COTATION	0	1	2	1 min	5 min
Rythme cardiaque	Absent	Lent < 100	>100		
Respiration	Absente	irrégulière	Bonne		
Tonus Musculaire	Hypotonie	Légère flexion des extrémités	Mouvements actifs		
Couleur	Cyanosée ou pâle	Corps rosé Extrémités cyanosées	Totalement rosé		
Réponses aux excitations	Pas de réponse	Cri	Cri vigoureux		
<b>TOTAL</b>					

APGAR à 1 min : .....

APGAR à 5 min : .....

Nom et prénoms du prestataire  
Cachet et Signature

Maman, toi qui viens d'accoucher, pour ta santé et celle de bébé, faites vous suivre par un personnel de santé.



# SUITES DE COUCHES IMMEDIATES

(Jusqu'à 48 h voir 72h) :

## ETAT DE LA MERE

EXAMENS	J1	J2	J3 (Etat à la sortie)
	Date: / /	Date: / /	Date: / /
Température			
Pouls			
TA			
Conjonctives			
Globe de sécurité (utérin)			
Saignement vulvaire			
Anomalies des seins			
Autres			

**CONCLUSION Etat à la sortie (J3):**.....

Suites de couches immédiates : Normales  Pathologiques

Référée : Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu : .....

Motif de référence : .....

## SUPPLEMENTATION DE LA MERE EN VITAMINE A

(Vitamine A : 200.000UI)

1<sup>ère</sup> dose (dès l'accouchement) Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2<sup>ème</sup> dose (24 heures après la 1<sup>ère</sup> dose) Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**RDV (à 1 semaine après l'accouchement) :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, toi qui viens d'accoucher, mets ton bébé au sein dans la demi heure qui suit. Ce premier lait est riche en vitamines et rendra ton bébé fort.

## ETAT DU NOUVEAU NE DE J1 A J3

	EXAMENS	J1		J2		J3 (Etat à la sortie)	
		Date: / /		Date: / /		Date: / /	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1	Température						
2	Saignement ombilical						
3	Mise au sein						
4	Hématome (Bosse sérosanguine)						
5	Perméabilité de l'œsophage (épreuve à la sonde)						
6	Anomalie du frein de langue						
7	Perméabilité des oreilles externes (perméabilité, surdité)						
8	Perméabilité des choanes (nez) : (épreuve à la sonde)						
9	Pâleur						
10	Ictère						
11	Cyanose						
12	Cri normal						
13	Dyspnée						
14	Souffle cardiaque						
15	Ombilic normal						
16	Hépatomégalie						
17	Splénomégalie						
18	Colonne vertébrale normale						
19	Membres supérieurs normaux (malformation, paralysie)						
20	Membres inférieurs normaux (malformation, paralysie)						
21	Hanche : signe du ressaut						
22	Organes génitaux externes normaux						
23	Présence des 2 testicules dans les bourses						
24	Anus normal (plissé perméable)						
25	Examen du périnée (urètre, vagin, anus)						
26	Emission de méconium						

## ETAT DU NOUVEAU NE DE J1 A J3 (Suite)

	EXAMENS	J1		J2		J3 (Etat à la sortie)	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
27	Emission d'urines						
28	Jet urinaire (normal)						
29	Tonus normal						
30	Réflexes archaïques :						
	Moro :						
	Grasping :						
	Succion :						
31	Autres						

**Vaccination contre l'Hépatite B\***: oui  non

Si oui, préciser : Date ...../...../.....

Cachet du service

Lot n° .....

*\* Vaccination à faire chez l'enfant dans les 48 heures suivant la naissance, si une Hépatite B a été diagnostiquée chez la mère pendant la grossesse. Cette dose n'est pas prise en compte dans le PEV et ne modifie pas le calendrier vaccinal du PEV.*

**CONCLUSION Etat à la sortie (J3) :** .....

Poids : ..... Taille : ..... PC : .....

Allaitement Exclusif:  Alimentation de remplacement exclusif:

Traitement à la sortie : .....

Nouveau-né : Sain  Malade

Mode de sortie : Domicile  Autres : .....

Référé : Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : .....

Motif de référence : .....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

**Parents, déclarez votre enfant à l'Etat civil dans les délais prévus par la loi.  
La déclaration de naissance est un droit pour chaque enfant.**

# COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC) POUR LE SUIVI DE L'ENFANT

## THEMES

1. Vaccination
2. Croissance de l'enfant (Expliquer la tendance de la Courbe de poids à la mère)
3. Hygiène (hygiène de vie, corporelle, alimentaire, bucco-dentaire, vestimentaire,)
4. Alimentation du nourrisson et de l'enfant y compris celui exposé au VIH
5. Supplémentation en vitamine A
6. Supplémentation en fluor
7. Prévention du Paludisme (MILDA)
8. Prévention de l'anémie
9. Prise en charge de la fièvre à domicile
10. Prévention et prise en charge de la diarrhée à domicile
11. Signes de danger selon la PCIMNE (*Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant*)
12. Dépistage précoce du VIH
13. Accidents domestiques
14. Allergies
15. Déclaration de naissance

Maman le paludisme tue, dors toutes les nuits avec ton enfant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide.

# EXAMEN NEONATAL

(Entre J3 et J7 après l'accouchement)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Age du nouveau-né (en jours) : .....

Poids (gramme) : ..... Gain  Stationnaire  Perte

Taille : ..... P.C. : ..... T° : .....

Coloration : normale  Pâle  Cyanose  Gris

Hématome crânien : oui  non

Dyspnée : oui  non

Ictère: oui  non  Si oui, date d'apparition : .....

Ombilic : Chute du cordon oui  non

Aspect : Propre  hémorragique  souillé

Si souillé, préciser Odeur : non fétide  fétide

Réflexes archaïques présents :

Moro : oui  non

Grasping : oui  non

Succion : oui  non

Marche automatique : oui  non

Fixe le regard : ..... oui  non

Mode d'alimentation : Allaitement exclusif : oui  non

Si non obstacle à l'allaitement : .....

Alimentation de remplacement exclusif : oui  non

**Conclusion de l'examen :** .....

Conseils nutritionnels : .....

Traitement prescrit : .....

Référé : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : .....

Motif de référence: .....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, une semaine après la naissance de bébé, rends-toi avec lui au centre de santé le plus proche pour t'assurer de sa bonne santé.

**EXAMEN DE LA MERE**  
(1 semaine après l'accouchement)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom de la Structure sanitaire : .....

Signes fonctionnels (plaintes): .....

Etat général : .....

Poids : ..... TA : ..... Pouls : ..... T° : .....

Conjonctives : .....

Etat des seins : .....

Périnée : .....

Utérus : .....

Lochies : .....

Troubles urinaires : .....

Troubles du transit : .....

Troubles neurologiques : .....

**RDV (à 6 sem.- 8 sem. après l'accouchement) :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, une semaine après ta sortie, présentes-toi au centre de santé.  
Mais reviens aussitôt si tu vas mal.

# VISITE POST-NATALE DE LA MERE

(6 à 8 semaines après l'accouchement)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom de la Structure sanitaire : .....

Poids : ..... T° : ..... Pouls : ..... T.A : .....

Albumine: ..... Sucre : .....

Conjonctives : .....

Etat des seins : .....

Etat de la paroi abdominale : .....

Allaitement : oui  non

Alimentation de la mère : .....

## EXAMEN GYNECOLOGIQUE

- Examen du périnée : .....
- Examen au spéculum : .....
- Test à l'acide acétique / Frottis cervico-vaginal : .....
- Toucher vaginal : .....

Retour de couches : oui  non  Si oui, date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Désir de contraception : oui  non  si oui type .....

Traitement prescrit : .....

Supplémentation en Fer : .....

Autres : .....

Prise en charge thérapeutique de la mère : oui  non

Si non, Référer. Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Structure/Service : .....

OBSERVATIONS : .....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, pour ta santé et celle de ton enfant, rends-toi au centre de santé le plus proche six semaines après ton accouchement.

# CONSULTATIONS DE L'ENFANT

Pesée et mensuration (1 fois/semaine)

DATE	AGE (en SEM)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur
<b>1<sup>er</sup> mois</b>							
<b>2<sup>e</sup> mois</b>							
<b>3<sup>e</sup> mois</b>							

Maman, peser régulièrement son bébé permet de détecter et prévenir à temps la malnutrition.



# PREVENTIVES DE 0 A 3 MOIS

Pesée et mensuration (1 fois/semaine)

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

Maman, tu peux faire dépister ton enfant pour le VIH à 6 semaines d'âge afin de lui assurer une prise en charge précoce.



Maman, fais peser régulièrement ton bébé pour le suivi de sa croissance.

# EXAMEN A 3 MOIS

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom de la Structure sanitaire : .....

Conditions de vie :

- Orphelin : oui  non
- Si oui préciser lequel des parents est décédé : .....
- Mère travaille : oui  non
- Qui s'occupe de l'enfant : Parents : oui  non   
Autre personne : .....

Mode d'alimentation : .....

Antécédents pathologiques : .....

Allergies : .....

Poids : ..... Taille : ..... PC : ..... T° : ..... Z score (P/T) : .....

Développement psychomoteur :

- |  |     |                          |     |                          |             |                          |                          |     |                          |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| Sourire réponse :                        | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |     |                          |
| Maintien de la tête :                    | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |     |                          |
| Vision (reconnait le visage de sa mère): |     |                          | oui | <input type="checkbox"/> | non         | <input type="checkbox"/> |                          |     |                          |
| Yeux : Strabisme:                        | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | Nystagmus : | oui                      | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| Audition (réaction aux stimuli sonores): |     |                          | oui | <input type="checkbox"/> | non         | <input type="checkbox"/> |                          |     |                          |
| Gazouillement :                          |     |                          | oui | <input type="checkbox"/> | non         | <input type="checkbox"/> |                          |     |                          |
| Poursuite du regard :                    |     |                          | oui | <input type="checkbox"/> | non         | <input type="checkbox"/> |                          |     |                          |

Persistance des réflexes archaïques : oui  non  Si oui lesquels ?  
Moro :  Grasping :  Succion :  Marche automatique :

Conclusion de l'examen : .....

Prescription : .....

Nom et prénoms du prestataire  
Cachet et Signature

Maman, Papa, personne à charge de l'enfant, bébé a besoin de votre affection pour son développement harmonieux.

# CONSULTATIONS DE L'ENFANT

1 Pesée

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

# PREVENTIVES DE 4 A 6 MOIS

par mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	



Maman, de 0 à 6 mois, ton lait seul contient tout ce qu'il faut pour nourrir ton bébé et pour qu'il grandisse bien.

# EXAMEN A 6 MOIS

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Modification des conditions de vie : oui  non

Si oui préciser : .....

Mode d'alimentation : .....

Antécédents pathologiques : .....

Allergies : .....

Examen clinique :

Poids : ..... Taille : ..... PC : ..... T° : ..... Z score (P/T): .....

Conjonctives : .....

Abdomen : .....

Cœur : .....

Poumons : .....

Développement psychomoteur :

Station assise : oui  non  Attrape les objets : oui  non

Passe un objet d'une main à l'autre : oui  non

Emet des syllabes da - ba - ka : oui  non

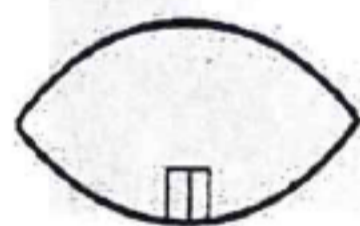
Réagit à l'appel de son nom : oui  non

Vision normale : oui  non  Audition normale: oui  non

Groupe sanguin: ..... Rhésus : .....

Electrophorèse de l'hémoglobine : .....

Examen bucco-dentaire :



6 mois

- Age de l'enfant au même stade de développement.....
- Présence des incisives centrales du bas : oui  non
- Hygiène des dents:..... bonne  mauvaise
- Présence de carie :..... oui  non
- Anomalie du frein lingual :..... oui  non
- Succion des doigts : ..... oui  non

Conclusion de l'examen : .....

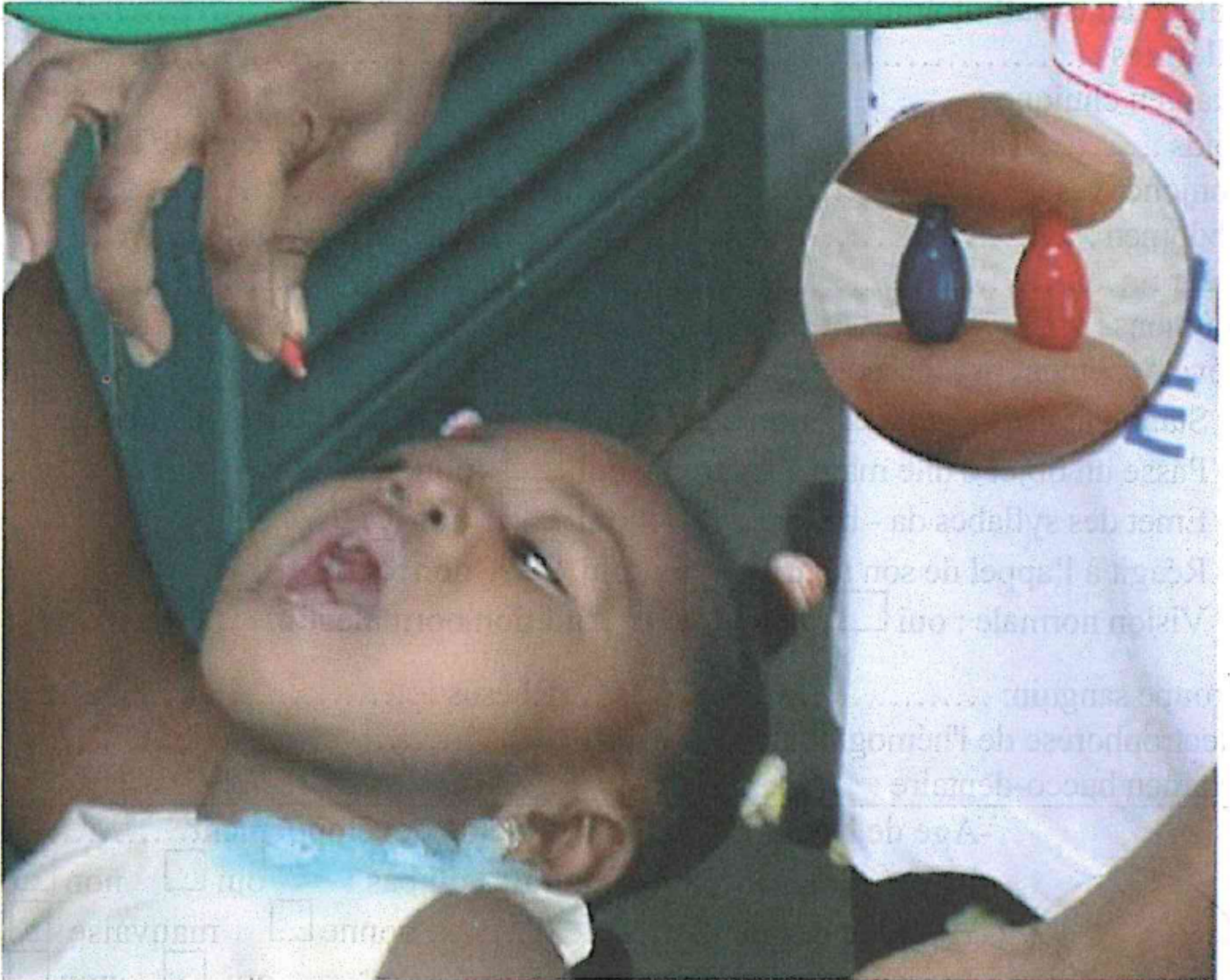
Prescription : .....

\*Supplémentation en vitamine A : oui  non  (voir page 64)

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, dès l'âge de 6 mois, diversifie l'alimentation de ton bébé avec des produits locaux.




A partir de 6 mois jusqu'à l'âge de 5 ans, je reçois tous les 6 mois une capsule de vitamine A.



# CALENDRIER NUTRITIONNEL

**De la naissance à 6 mois**




Commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement.

Ne rien donner d'autre en dehors du sein de la mère

Allaiter aussi souvent que l'enfant réclame, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures

**De 6 mois à 9 mois**




Continuer à allaiter à la demande nuit et jour, au moins 8 fois par 24 heures


En plus :

- donner 2 bouillies épaisses de céréales enrichies au lait, à l'huile, à l'oeuf, à la pâte d'arachide ou au beurre de karité
- ou au beurre de karité ou bien d'autres aliments tels que l'igname sous forme de pâte enrichie à l'huile ou au beurre de karité

- donner 1 repas familial sans épice.
- donner 2 goûters : yaourt, oeuf dur, galette, pain garni, fruit de saison, etc...




**De 9 mois à 2 ans**




Continuer à allaiter à la demande nuit et jour,

- donner 1 bouillie épaissée de céréales enrichie au lait, à l'huile, à l'oeuf, à la pâte d'arachide ou au beurre de karité ou bien d'autres aliments tels que l'igname sous forme de pâte enrichie à l'huile ou au beurre de karité.

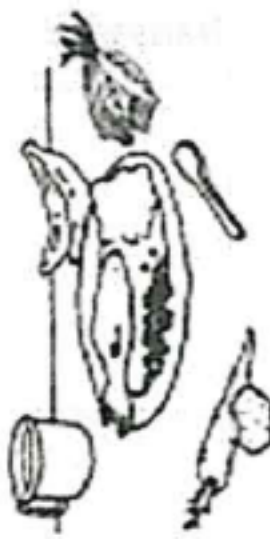
- donner en plus 2 repas familiaux sans épice.
- donner 2 goûters : yaourt, oeuf dur, galette, pain garni, fruit de saison, etc...



**De 2 et plus**



- donner 1 bouillie épaissée de céréales enrichies au lait, à l'huile, à l'oeuf, à la pâte d'arachide ou au beurre de karité ou bien d'autres aliments tels que l'igname sous forme de pâte enrichie à l'huile ou au beurre de karité.
- donner en plus 2 repas familiaux sans épice.
- donner 2 goûters : yaourt, oeuf dur, galette, pain garni, fruit de saison, etc...



Le lavage des mains avec de l'eau propre et du savon avant de préparer les repas, avant de nourrir les enfants, après la défécation et après l'élimination correcte des selles, préserve contre les maladies.

# SUIVI NUTRITIONNEL DE L'ENFANT

	Calendrier de suivi												
	CPN	Naissance	S1	M1	M3	M4	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Evaluation AFADS faite (Oui/Non)													
Option d'alimentation choisie (1 ou 2)*													
Alimentation de complément effectuée (Oui/Non)													
Conseils nutritionnels reçus (Oui/Non)													
Arrêt de l'allaitement réalisé (Oui/Non)													
Pathologies des seins constatées (Oui/Non)													

\* : 1= allaitement exclusif ou 2= alimentation de remplacement exclusif

Maman, en cas de diarrhée, donne suffisamment de l'eau à boire à ton bébé et consulte le centre de santé le plus proche.



**Espacement des naissances = Bien-être familial**

# CONSULTATIONS DE L'ENFANT

## 1 Pesée

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

Maman, pour éviter le goitre à ton enfant, utilise le sel iodé dans la  
préparation de ses repas.

# PREVENTIVES DE 7 A 9 MOIS

par mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION (Fer, Fluor)*	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	

## \* Prescription systématique

Maman, pour enrichir les repas de ton bébé, utilise les aliments suivants : jaune d'œuf, pâte d'arachide, poisson, huile rouge, feuilles vertes et légumes. Donne-lui en plus, un fruit à chaque repas.

## DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR



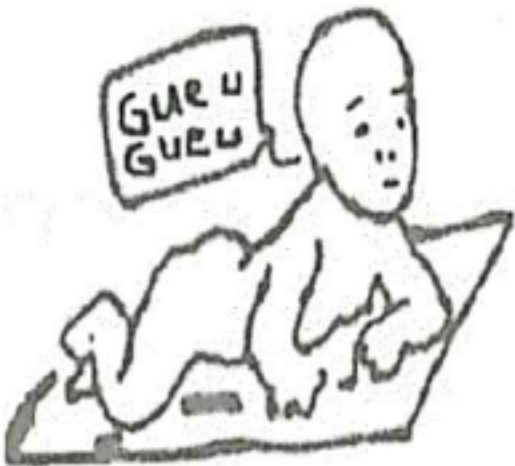
### 1 mois :

- Suit du regard
- Cesse de pleurer dès qu 'on approche



### 2 mois :

- Suit des yeux une personne qui se déplace
- Sourit à un visage familier
- Vocalise
- Joue avec ses mains



### 3 mois :

- Sourire réponse
- Maintien de la tête
- Reconnaît le visage de sa mère
- Réagit aux stimuli sonores
- Gazouillement



### 4-5 mois :

- Palpation des objets placés dans sa main
- Tenu assis tête droite
- Tourne la tête pour regarder une personne qui l 'appelle



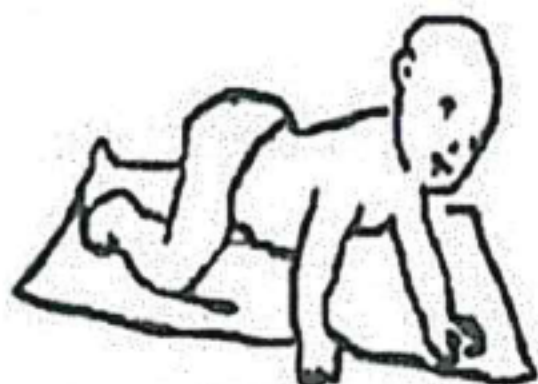
### 5 mois :

- Manipulation volontaire des objets
- Découverte de l'environnement
- Porte tout à la bouche



**6 mois :**

- Station assise
- Attrape les objets
- Passe un objet d'une main à l'autre
- Emet des syllabes da - ba - ka
- Réagit à l'appel de son nom



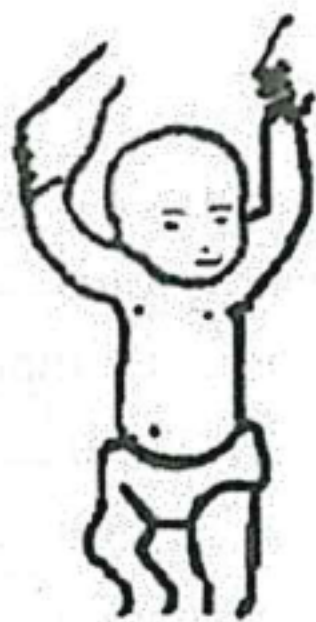
**6-8 mois :**

- Répétition des sons; émet des syllabes
- Marche à quatre pattes
- Tend les bras pour être pris
- Tenu debout il sautille et s'accroupit



**8 mois :**

- Debout avec appui, joue à (cache-cache)
- Pleure devant un inconnu, fait la différence entre les visages familiers et les étrangers



**9 mois :**

- Palpation des objets placés dans sa main
- Se tient debout avec appui
- Ebauche la marche tenue par les mains
- Apparition des 1<sup>ers</sup> mots ( syllabes dédoublées, pa-pa, ki-ki, mi-mi )
- Peut tendre un objet à un parent
- Fait la pince avec le pouce et l'index



**10-12 mois :**

- Palpation des objets placés dans sa main
- Début des premiers pas, marche avec appui
- Evite les obstacles
- Boit au verre
- Comprend les interdits
- Dit des mots phrases ( papa-maman)

# EXAMEN A 9 MOIS

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Modification des conditions de vie : oui  non

Si oui préciser : .....

Alimentation : .....

Antécédents pathologiques: .....

Allergies: .....

Vaccination à jour : oui  non

Examen clinique

Poids : ..... Taille : ..... PC<sub>1</sub> : ..... PB : ..... T° : ..... Z-score (P/T): .....

Fontanelle fermée: oui  non

Conjonctives : .....

Abdomen: .....

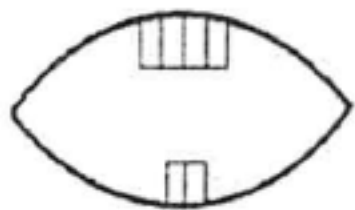
Cœur : .....

Poumons : .....

Développement psychomoteur

- Ebauche la marche, tenu par les mains : oui  non
- Se tient debout avec appui: oui  non
- Apparition des 1<sup>er</sup> mots (syllabes dédoublés, pa-pa, ki-ki, mi-mi): oui  non
- Peut tendre un objet à un parent: oui  non
- Fait la pince avec le pouce et l'index: oui  non

Examen bucco-dentaire :



9 mois

- Age de l'enfant au même stade de développement.....
- Présence des incisives centrales et latérales du haut : oui  non
- Hygiène des dents: ..... bonne  mauvaise
- Présence de carie : ..... oui  non
- Anomalie du frein lingual : ..... oui  non
- Succion des doigts : ..... oui  non

Conclusion de l'examen : .....

Prescription : .....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, fais vacciner ton bébé contre la rougeole et la fièvre jaune dès qu'il a 9 mois.





# CONSULTATIONS DE L'ENFANT

1 Pesée

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

# PREVENTIVES

## De 10 A 12 mois

### Par mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION (Fer, Fluor)*	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	

\* Prescription systématique

Parents, vous êtes responsables de la santé bucco-dentaire de vos enfants.

PREVENCIONES  
De 10 a 12 años  
Por...



La vaccination de l'enfant de 0 à 16 mois est gratuite.

## CALENDRIER DE VACCINATION DES ENFANTS

AGE	VACCINATIONS	PROTEGE CONTRE
Naissance	BCG + Polio 0	Tuberculose/ Poliomyélite
6 Semaines	(DTC - Hep B – Hib – Rotateq – PCV7)1+ Polio 1	Diphtérie/Tétanos / Coqueluche/ Hépatite B/ Méningite du bébé/Diarrhée due au Rotavirus/ Infections à Pneumocoque/ Poliomyélite
10 Semaines	(DTC - Hep B – Hib - Rotateq – PCV7)2 + Polio 2	
14 Semaines	(DTC - Hep B – Hib - Rotateq – PCV7)3+ Polio 3	
9 Mois	Rougeole + Fièvre jaune	Rougeole et fièvre jaune
16 Mois	1 <sup>er</sup> rappel de DTC - Hep B – Hib – PCV7+ Polio	Diphtérie/Tétanos / Coqueluche/ Hépatite B/ Méningite du bébé / Infections à Pneumocoque/ Poliomyélite

**N.B. : L'enfant doit recevoir les trois doses de Rotateq avant 32 semaines d'âge (8 mois).  
Au-delà de cet âge, les doses non reçues ne doivent pas être rattrapées.**

Maman, présente-ton bébé au centre de santé le plus proche au moins cinq fois  
avant l'âge d'un an pour qu'il soit complètement vacciné.

## VACCINATIONS PEV

VACCINS	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE
<b>BCG</b>			
<b>Polio 0</b>			
<b>DTC-Hep B–Hib–Rotateq–PCV7</b> 1 <sup>ère</sup> dose :			
2 <sup>ème</sup> dose :			
3 <sup>ème</sup> dose :			
1 <sup>er</sup> rappel :			
<b>DTC-Hep B–Hib–PCV7</b>			
<b>POLIO ORAL</b> 1 <sup>ère</sup> dose :			
2 <sup>ème</sup> dose :			
3 <sup>ème</sup> dose :			
1 <sup>er</sup> rappel :			
<b>ROUGEOLE</b>			
<b>FIEVRE JAUNE</b> 1 <sup>ère</sup> dose :			
1 <sup>er</sup> rappel (10 ans après 1 <sup>ère</sup> dose) :			

Enfant bien vacciné = Enfant bien protégé.

## AUTRES VACCINATIONS

AGE DE DEBUT	VACCINATIONS CONTRE	DATE	LOT N°	CACHET DU SERVICE
15 mois	<b>Rougeole/Oreillon/ Rubéole (ROR)</b>			
18 mois	<b>Méningite AC :</b> 1 <sup>ère</sup> dose :			
	1 <sup>er</sup> Rappel :			
	2 <sup>e</sup> Rappel :			
	3 <sup>e</sup> Rappel :			
	4 <sup>e</sup> Rappel :			
2 ans	<b>Typhoïde :</b> 1 <sup>ère</sup> dose :			
	1 <sup>er</sup> Rappel :			
	2 <sup>e</sup> Rappel :			
	3 <sup>e</sup> Rappel :			
	4 <sup>e</sup> Rappel :			
Autres vaccins				

# MANIFESTATIONS ADVERSES POST-IMMUNISATION (MAPI)

Nom de la structure sanitaire : .....

Date de survenue : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Description brève des réactions : .....

.....

Antigène (s) en cause: .....

.....

N° du Lot : ..... N° du Lot : ..... N° du Lot : .....

CAT: .....

.....

.....

Nom et prénoms du prestataire  
Cachet et Signature

Parents, votre bébé peut être vacciné sans danger en cas de maladie bénigne.



## DIAGNOSTIC CHEZ L'ENFANT

Rang du dépistage	Date de l'examen (jj/mm/aa)	Période	Type d'examen	Typage			
1 <sup>er</sup> dépistage		<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Autres	0	1	2	3
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>e</sup> dépistage		<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Autres	0	1	2	3
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <sup>e</sup> dépistage		<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Autres	0	1	2	3
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge thérapeutique : Oui  Non

### PREVENTION DU PALUDISME CHEZ L'ENFANT

MILDA reçue : Oui  Non  si oui date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autre type à préciser : .....

### SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

(100.000 UI pour les 6 mois et 200.000 UI pour les 12-59mois)

Age	Date	Lieu
6 mois		
12 mois		
18 mois		
24 mois		
30 mois		
36 mois		
42 mois		
48 mois		
54 mois		
60 mois		

*N.B : les doses sont données à intervalle de 6 mois*

La vitamine A sauve la vie et sauve la vue.

## DEPARASITAGE (A partir de 6 mois)

Age	Date	Molécule	Lieu*
6 mois			
12 mois			
18 mois			
24 mois			
30 mois			
36 mois			
42 mois			
48 mois			
54 mois			
59-60 mois			
60 mois et plus			

\***Lieu** : L'école, la Clinique, la formation sanitaire, le service, à domicile, etc.

## PREVENTION DES CO-INFECTIONS

Age	≥ 6 semaines	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
<b>CTX (Doses en fonction du poids)</b>												

CTX = Cotrimoxazole

M= Mois

Parents, dès l'âge de 6 mois, faites déparasiter votre enfant.
--

# EXAMEN A 12 MOIS

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Modification des conditions de vie : oui  non

Si oui préciser : .....

Alimentation : .....

Antécédents pathologiques : .....

Allergies : .....

Vaccination à jour : .....oui  non

Examen clinique :

Poids : ..... Taille : ..... PC : ..... PB : ..... T° : ..... Z-score (P/T): .....

Fontanelle fermée: oui  non

Conjonctives : .....

Abdomen : .....

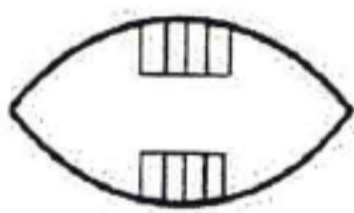
Cœur : .....

Poumons : .....

Développement psychomoteur :

- Marche seul ..... oui  non
- Evite les obstacles ..... oui  non
- Boit au verre ..... oui  non
- Comprend les interdits ..... oui  non
- Dit des mots phrases ..... oui  non
- Dit « papa – maman » ..... oui  non
- Joue à jeter les objets par terre et à taper sur la table ..... oui  non

Examen bucco-dentaire :

 <p><b>12 mois</b></p>	- Age de l'enfant au même stade de développement.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	- Présence des incisives latérales du bas:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	- Hygiène des dents:.....	bonne <input type="checkbox"/>	mauvaise <input type="checkbox"/>
	- Présence de carie :.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	- Anomalie du frein lingual :.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	- Succion des doigts : .....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Conclusion de l'examen : .....

Prescription : .....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Maman, continue à allaiter ton bébé jusqu'à l'âge de 24 mois pour son bon développement.

# CONSULTATIONS

## DE L'ENFANT

### 1 Pesée par trimestre

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

Parents, surveillez vos enfants afin d'éviter les accidents domestiques.

# PREVENTIVES DE 13 A 24 MOIS

jusqu'à 2 ans/Examen bucco-dentaire à 18 mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION (Fer, Fluor)*	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	

\* Prescription systématique

Parents, faites examiner régulièrement les dents et gencives de vos enfants par les chirurgiens dentistes.



**Maman, en cas de diarrhée, en plus de la solution SRO et du zinc, donne à manger à ton bébé**

# EXAMEN A 24 MOIS

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Modification des conditions de vie : oui  non

Si oui préciser : .....

Antécédents pathologiques : .....

Allergies:.....

Examen clinique :

Poids :..... Taille :..... PC :..... PB :..... T° :..... Z-score (P/T):.....

Conjonctives : .....

Abdomen : .....

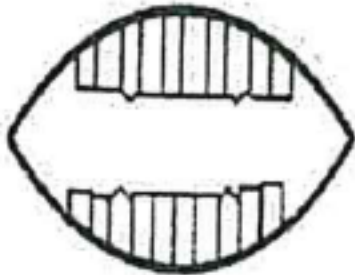
Cœur : .....

Poumons : .....

Développement psychomoteur :

- Obéit à un ordre simple : ..... oui  non
- Fait des phrases simples : ..... oui  non
- Bouge beaucoup : ..... oui  non
- Propreté diurne : ..... oui  non
- Vision normale : ..... oui  non
- Audition normale: ..... oui  non

Examen bucco-dentaire :

 <b>24 à 30 mois</b>	- Age de l'enfant au même stade de développement.....
	- Présence des deuxièmes molaires:..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	- Hygiène des dents:..... bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/>
	- Présence de carie :..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	- Anomalie du frein lingual :..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	-Succion des doigts : ..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Conclusion de l'examen : .....

Prescription : .....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

Parents, votre enfant parle t-il ? Entend t-il ? Faites contrôler son audition.

# CONSULTATIONS DE L'ENFANT

## Examen bucco – dentaire/

DATE	AGE (en mois)	POIDS (Kg)	TAILLE (Cm)	P.C. (Cm)	Z score (P/T)	T°	Examen clinique et développement psychomoteur

Parents, pour leur assurer des dents saines, vos enfants doivent éviter l'excès  
d'aliments sucrés (bonbons, gâteaux etc.)



# PREVENTIVES DE 24 A 36 MOIS

1 Pesée tous les 6 mois

REGIME ALIMENTAIRE	OBSERVATIONS	PRESCRIPTION (Fer, Fluor)*	SIGNATURE ET CACHET
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	
		RDV :...../...../.....	

Parents, pour leur assurer des dents saines, vos enfants doivent :

- se brosser les dents après chaque repas,
- utiliser du Fluor pour protéger et pour renforcer leurs dents.

# PREVENTION DE LA CARIE DENTAIRE

## Brossage des dents

A partir de 3 ans, préférer l'utilisation d'un dentifrice fluoré pour l'enfant.

Brosser les dents 2 à 3 fois par jour après les repas.

Brosser les dents suivant la technique dite du « rouleau » ou « B.R.O.S » :

- B : Brosser le maxillaire supérieur et inférieur séparément
- R : Rouleau ou mouvement rotatif pour brosser de la gencive vers les dents
- O : Oblique : incliner la brosse à 45° sur la gencive
- S : Suivre un trajet ; faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus

## Visite chez le dentiste

Amener l'enfant à consulter le dentiste au moins deux (2) fois par an et solliciter un bilan dentaire de l'enfant.

## Supplémentation en Fluor

De 6 mois à l'âge de 12 ans votre enfant doit bénéficier de la prescription de suppléments fluorés (gouttes ou comprimés fluorés). Parlez-en à votre praticien.

Concentration du fluor dans la localité de résidence en (mg/l) ou ppm*	Dose prophylactique (mg de fluor par jour)				
	0 à 2 ans (3 – 9 kg)	2 à 4 ans (10 – 15 kg)	4 à 6 ans (16 – 20 kg)	6 à 12 ans (20 kg et plus)	Femme enceinte (5 <sup>ème</sup> mois)
< 0,3	0,25 mg/j	0,50 mg/j	0,75 mg/j	1 mg/j	1 mg/j
0,3 à 0,7	0	0	0,25 mg/j	0,50 mg/j	0,50 mg/j
> 0,7	0	0	0	0	0

## Alimentation

- Eviter l'excès d'aliments mous et collants comme les bonbons et les caramels
- Préférer les fruits et les légumes frais
- Eviter l'utilisation nocturne et prolongée de boissons sucrées chez le nourrisson.

Quelle que soit l'alimentation, le plus important est de se brosser les dents après les repas.

**EXAMEN A 4 ANS**  
**Consultations spécialisées**

**PEDIATRIE**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom de la Structure sanitaire : .....

Modification des conditions de vie : oui  non

Si oui préciser : .....

Antécédents pathologiques : .....

Allergies : .....

**Examen clinique :**

Poids :..... Taille :..... PC :..... PB :..... T° :..... Z-score (P/T) :.....

Conjonctives : .....

Abdomen : .....

Cœur : .....

Poumons : .....

Albumine :..... Sucre :.....

Conclusion de l'examen : .....

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

**EXAMEN A 4 ANS**  
**Consultations spécialisées**

**ORL :** ..... Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom de la Structure sanitaire : .....

Troubles auditifs : oui  non

Si oui préciser : .....

Conclusion de l'examen : .....

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

**OPHTALMOLOGIE :** ..... Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom de la Structure sanitaire : .....

Acuité visuelle : œil droit :..... œil gauche :.....

Examen ophtalmologique : .....

Conclusion de l'examen : .....

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature



Parents, les yeux de vos enfants sont le miroir de leur santé.

# EXAMEN A 4 ANS

## Consultations spécialisées

### ODONTOSTOMATOLOGIE (examen bucco-dentaire):

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom de la Structure sanitaire : .....

Etat des dents :

	<p><b>X</b> = dent absente</p> <p>○ = dent à traiter</p> <p>● = dent traitée</p> <p>← = dent à extraire</p> <p>-Hygiène des dents: bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/></p> <p>-Anomalie du frein lingual : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>-Succion des doigts : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>-Troubles de l'articulé dentaire: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>
--	---

Conclusion de l'examen : .....

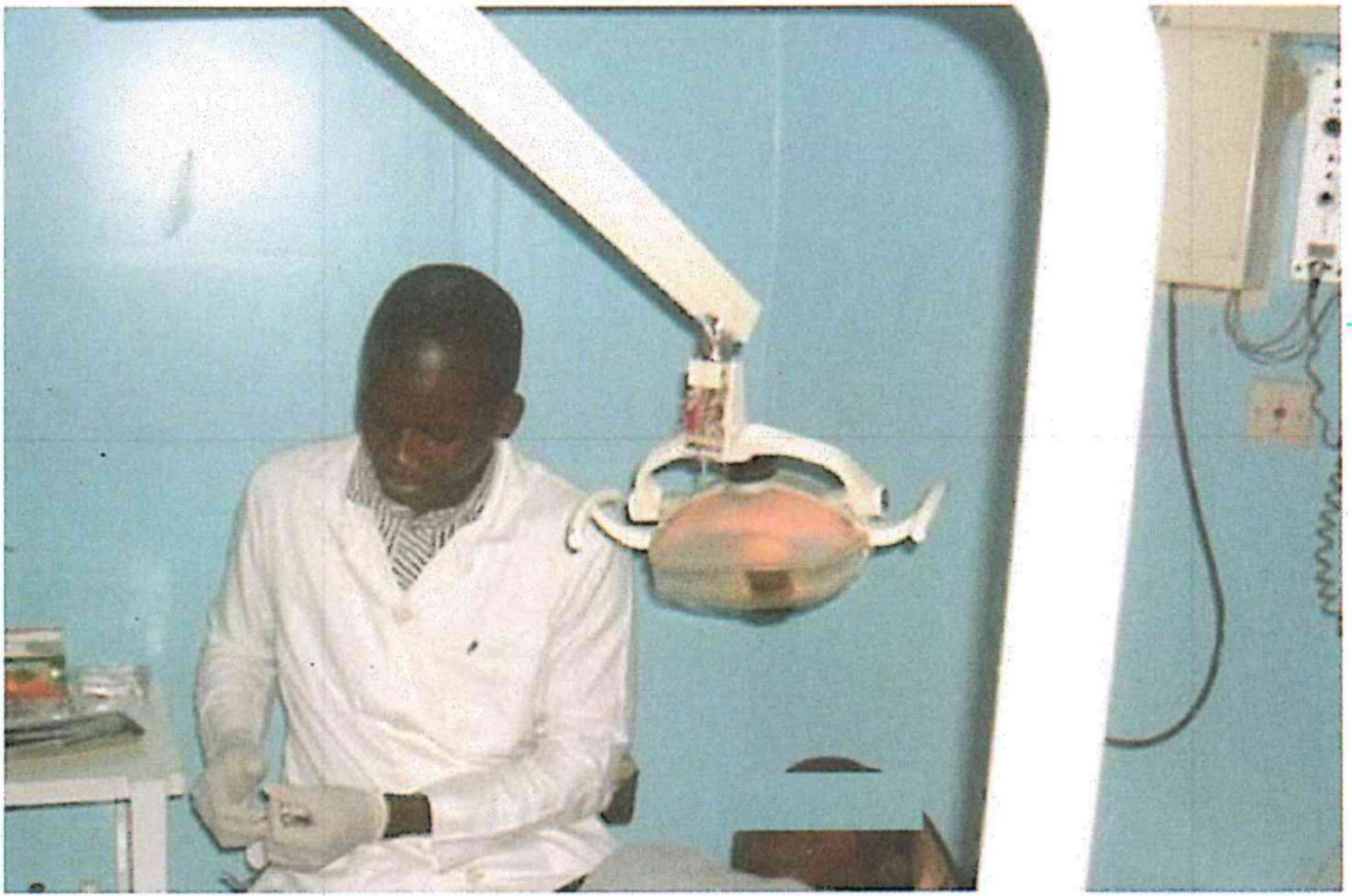
Prescription: .....

Nom et prénoms du prestataire  
Cachet et Signature

SIGNATURE  
ET CACHET

OBSEVATIONS PRESCRIPTION

DATE



Parents, emmenez votre enfant en consultation préventive chez le dentiste au moins 2 fois par an pour un bilan dentaire.

# CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET



# CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CONSULTATIONS

<b>DATE</b>	<b>OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION</b>	<b>SIGNATURE ET CACHET</b>

# CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

ZADITAJATI CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

# CURATIVES/HOSPITALISATIONS

<b>DATE</b>	<b>OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION</b>	<b>SIGNATURE ET CACHET</b>

CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

# CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

REPORTAGE CONSULTATIONS

<b>DATE</b>	<b>OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION</b>	<b>SIGNATURE ET CACHET</b>



# CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

CONSULTATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET

# CURATIVES/HOSPITALISATIONS

DATE	OBSERVATIONS/ PRESCRIPTION	SIGNATURE ET CACHET



Parents, faites régulièrement surveiller la croissance de votre enfant de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans.

# COURBES DE CROISSANCE :

## 1- Courbe Poids-pour l'âge :

Le diagramme du **poids-pour-l'âge** indique le poids corporel rapporté à l'âge par comparaison à la médiane (courbe 0) :

- un enfant dont le **poids-pour-l'âge** est en dessous de la **courbe - 2** a un **poids insuffisant**.
- En dessous de la **courbe - 3**, son **poids** est **gravement insuffisant**. Il est possible que l'on observe des signes cliniques de marasme ou de kwashiorkor.

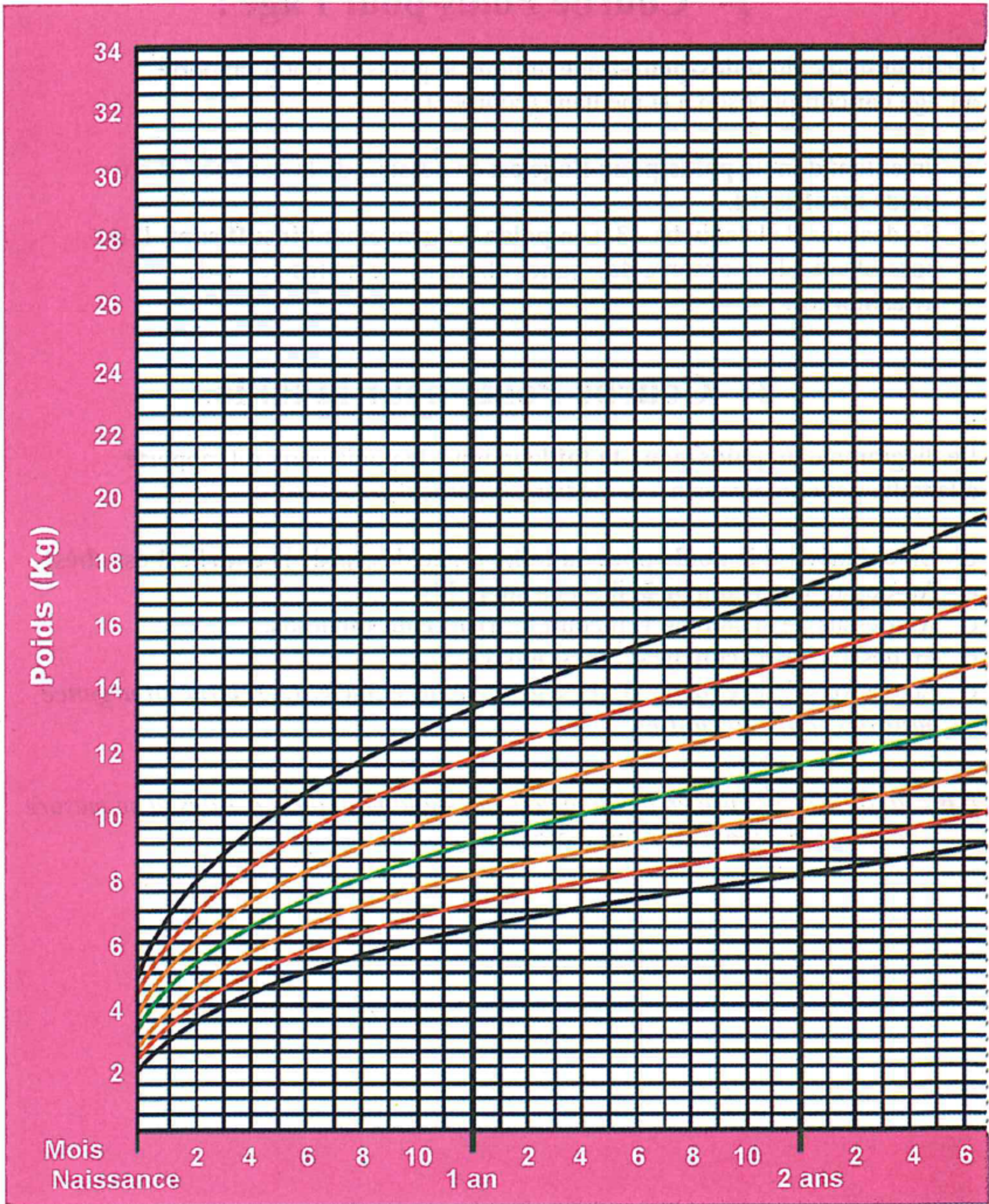
## 2- Courbe Poids-pour la taille :

Le diagramme du **poids-pour-la taille** indique le poids corporel rapporté à la taille par comparaison à la médiane (courbe 0).

- Un enfant dont le **poids-pour-la taille** est au dessus de la **courbe 3** est **obèse**.
- Au-dessus de la **courbe 2**, il est en **surpoids**.
- Au-dessus de la **courbe 1**, il court un **risque de surpoids**.
- En dessous de la **courbe -2**, il est **émacié**.
- En dessous de la **courbe -3**, il est **gravement émacié**. *Le référer en urgence pour des soins spécialisés.*

**NB** : la taille se mesure en position couchée de la naissance à 2 ans et se mesure en position debout de 2 ans à 5 ans.

# Poids-pour l'âge :



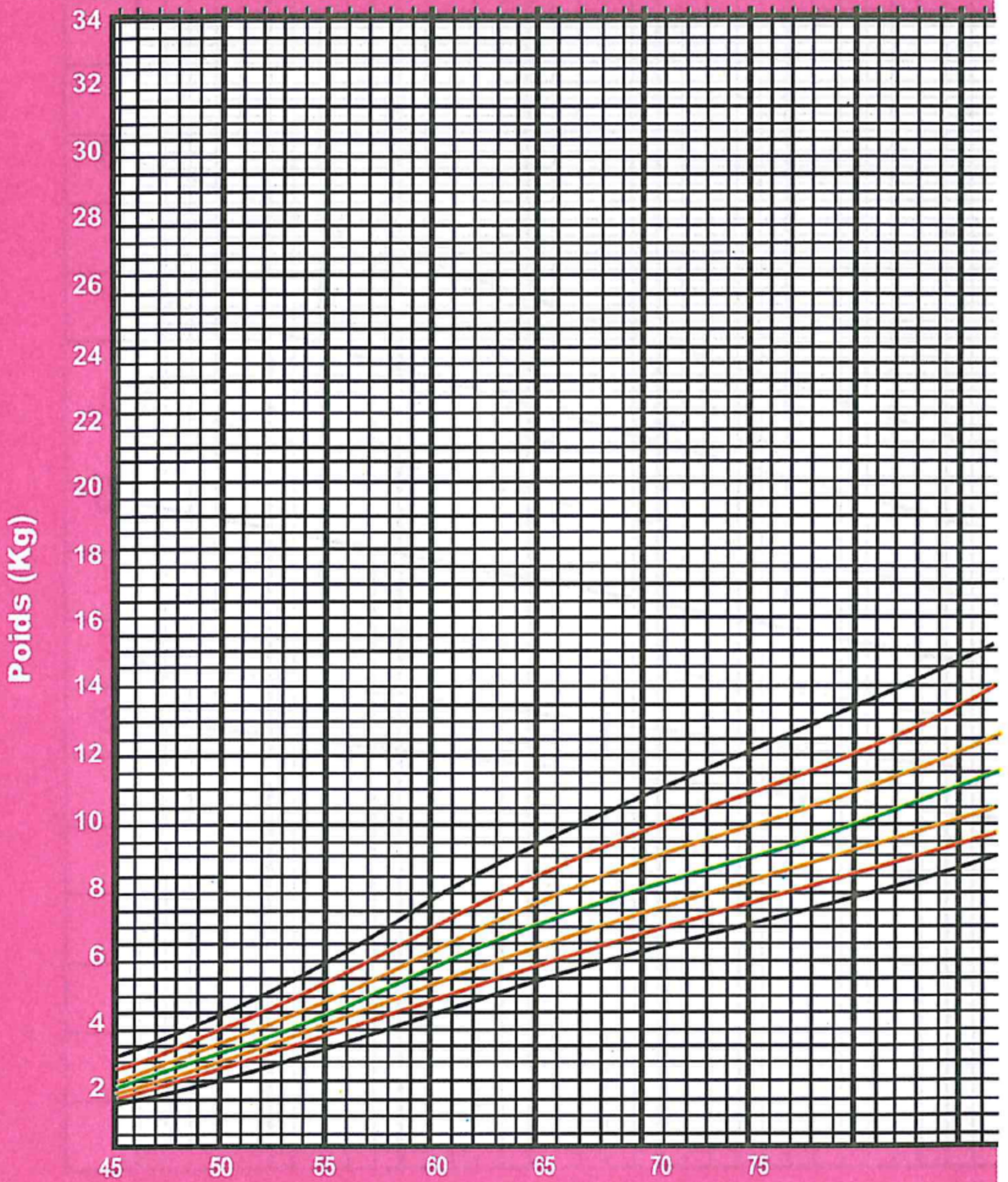
Age (mois et

# FILLES



années révolus)

# Poids-pour la taille :



Taille couché ou

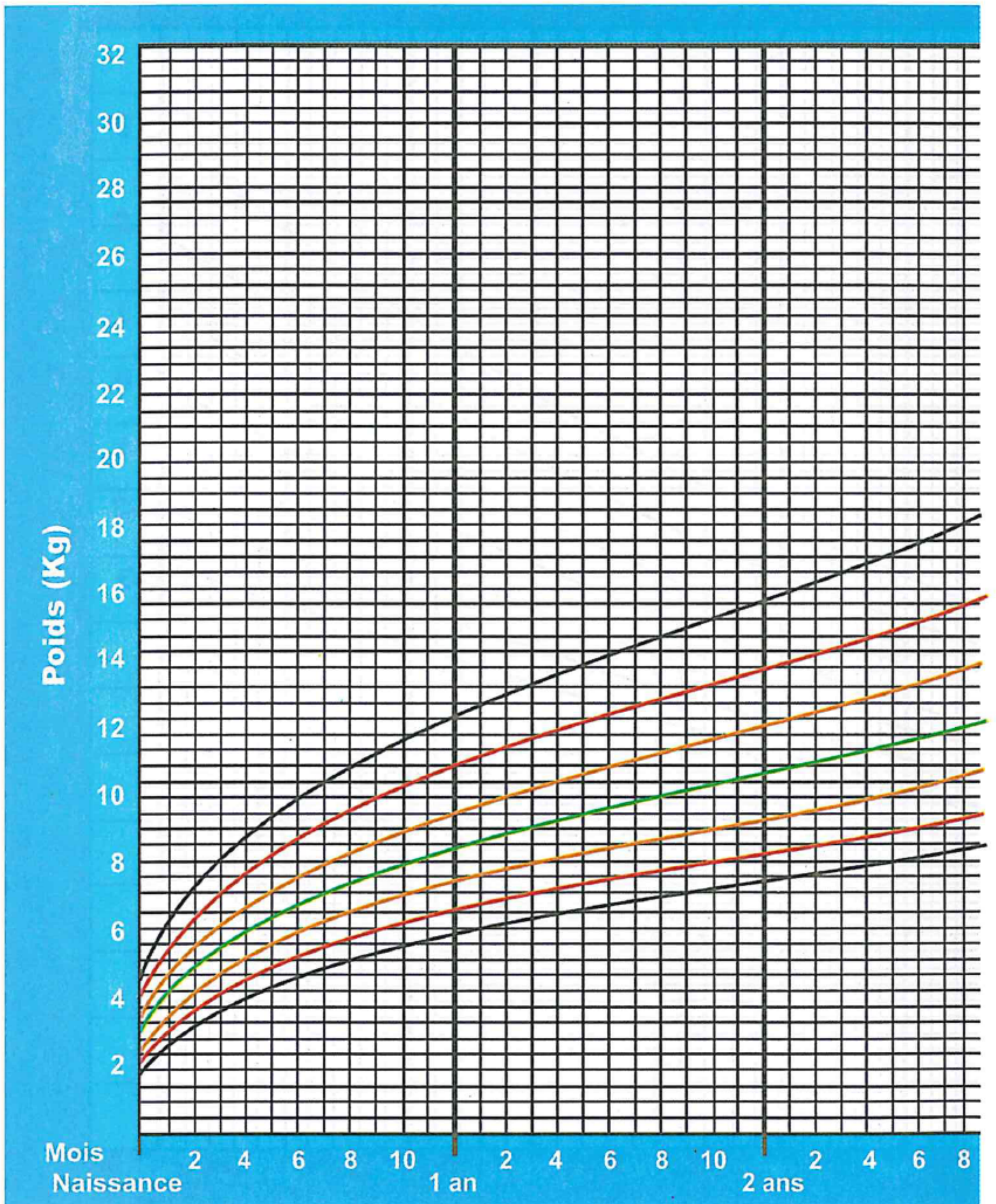


# FILLES



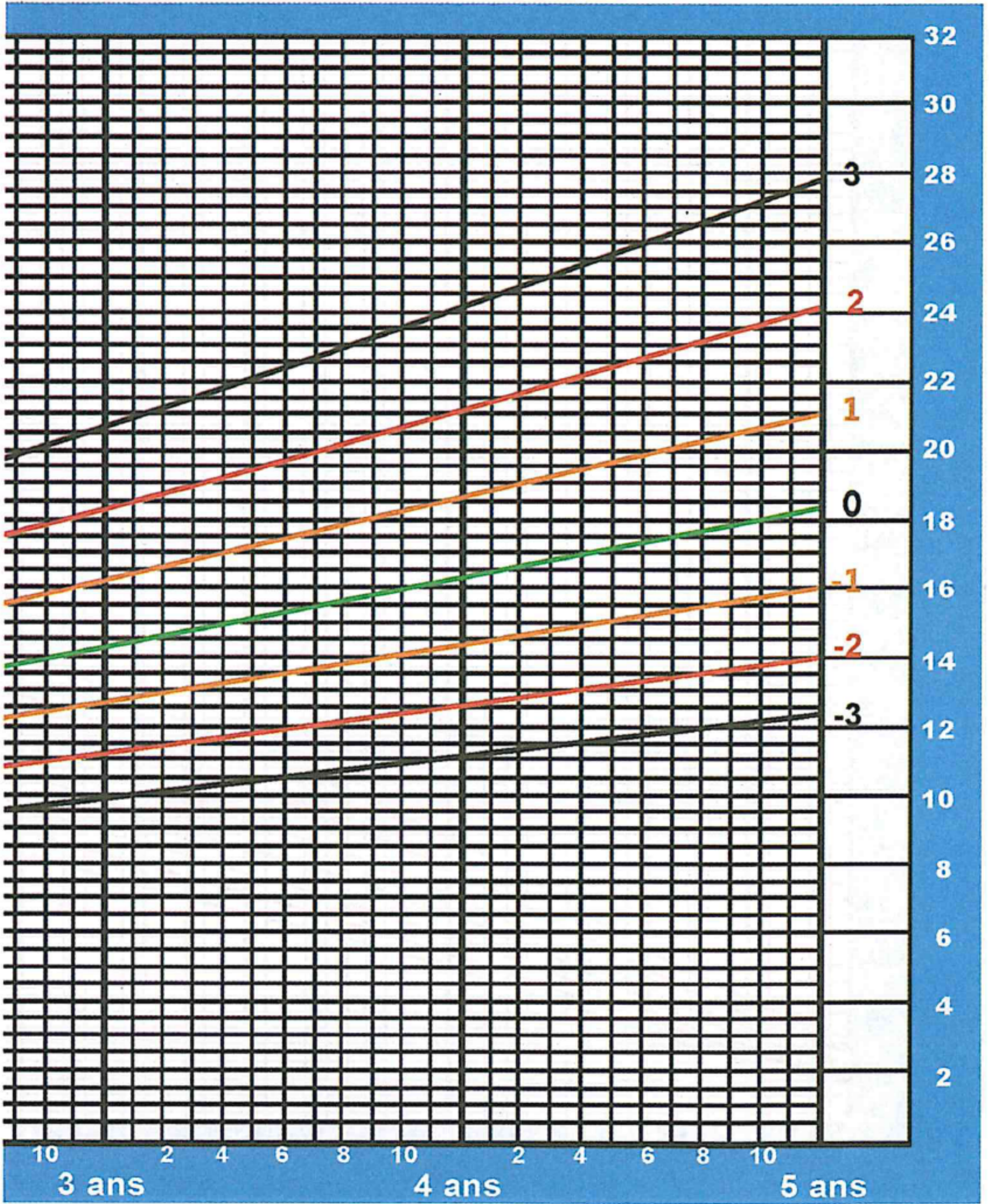
debout (cm)

# Poids-pour l'âge :



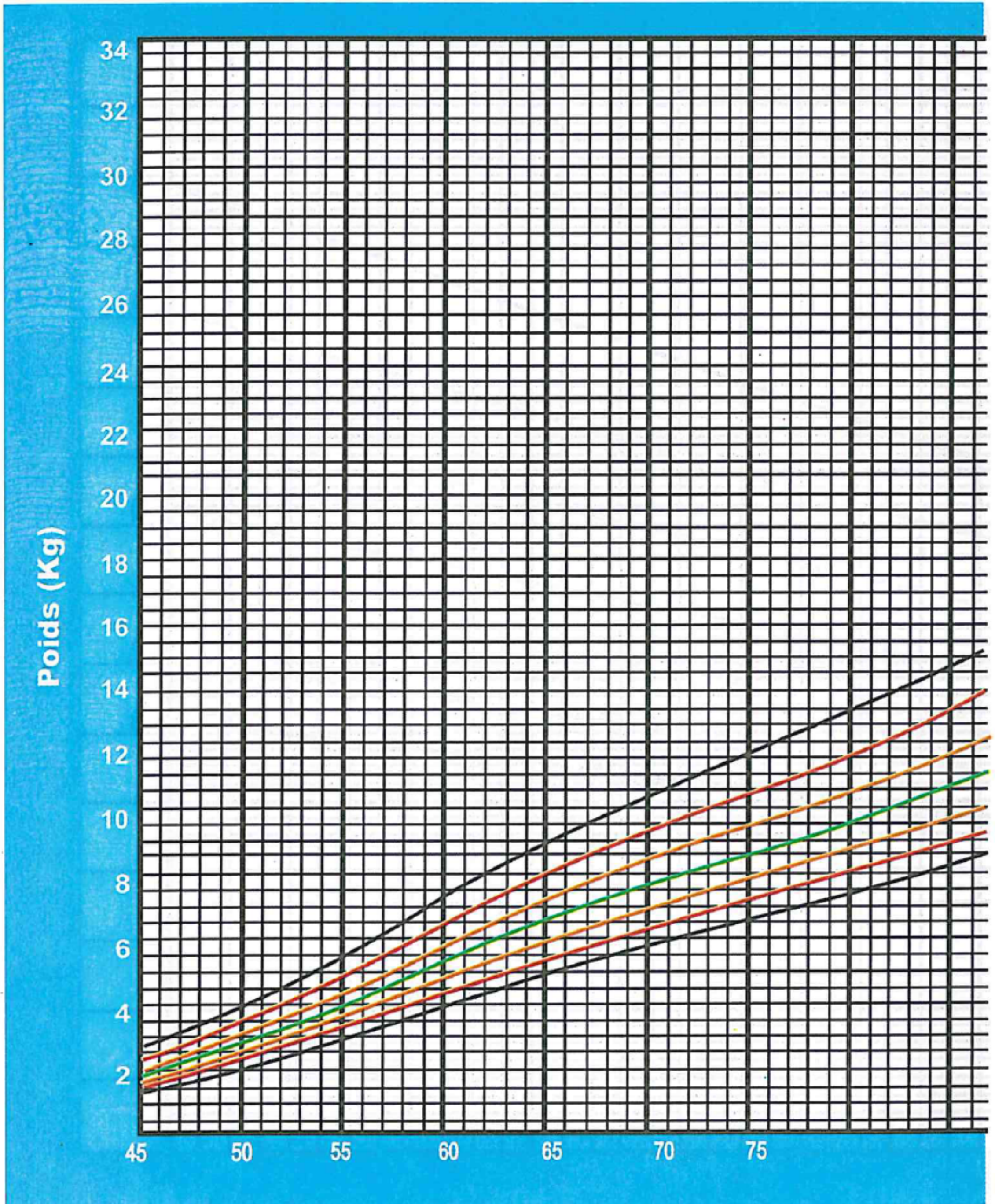
Age (mois et

# GARÇONS



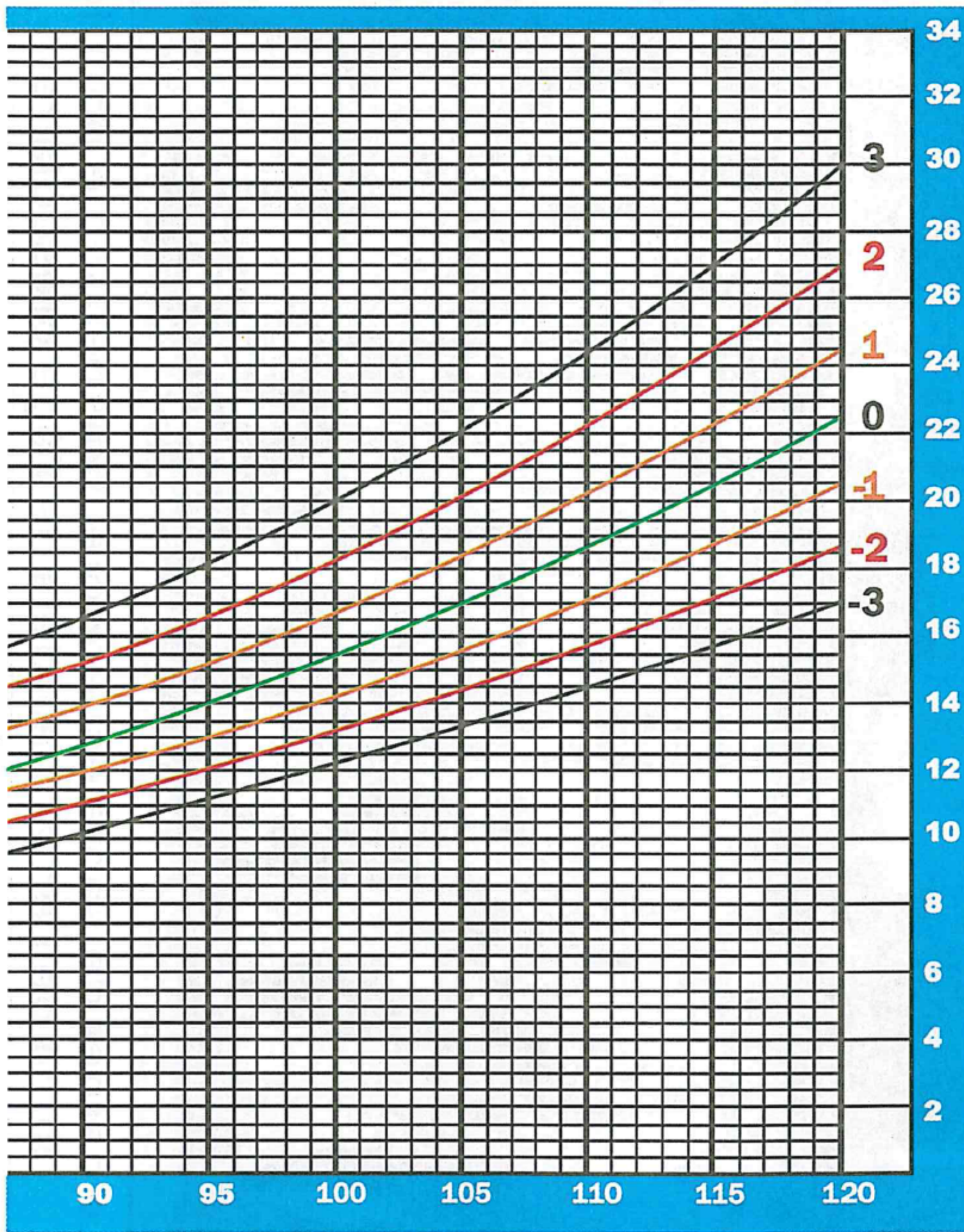
années révolus)

# Poids-pour la taille :



Taille couché ou

# GARCONS



debout (cm)



**Le carnet de santé est encore indispensable pour le suivi de l'enfant au-delà de l'âge préscolaire**

# VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de CP1)

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Antécédents pathologiques:.....

Allergies : .....

Age :..... Poids : ..... Taille : ..... T° :..... TA :..... IMC :.....

## Examen physique :

Abdomen : .....

Cœur : .....

Poumons : .....

Autres : .....

Comportement psycho-social de l'enfant : .....

## Examen bucco-dentaire :

- Indiquer sur le schéma :

**X** = dent absente

○ = dent à traiter

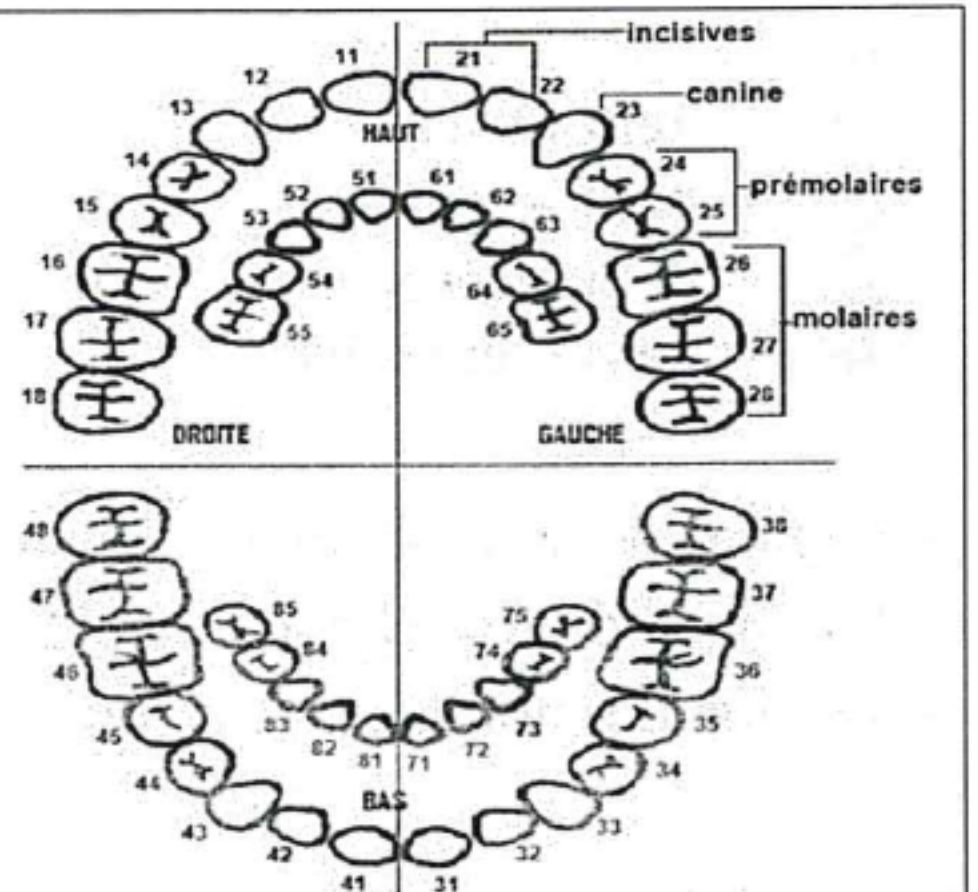
● = dent traitée

← = dent à extraire

- Hygiène dentaire: bonne  mauvaise

- Anomalie du frein lingual : oui  non

- Succion des doigts : oui  non



## Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit :..... Œil gauche :.....

Troubles auditifs : Oui  Non

Si oui, préciser : .....

**Conclusion :** .....

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

# VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de CE2)

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Antécédents pathologiques:.....

Allergies : .....

Age :..... Poids :..... Taille :..... T° :..... TA :..... IMC :.....

## Examen physique :

Abdomen : .....

Cœur : .....

Poumons : .....

Autres : .....

Comportement psycho-social de l'enfant : .....

## Examen bucco-dentaire :

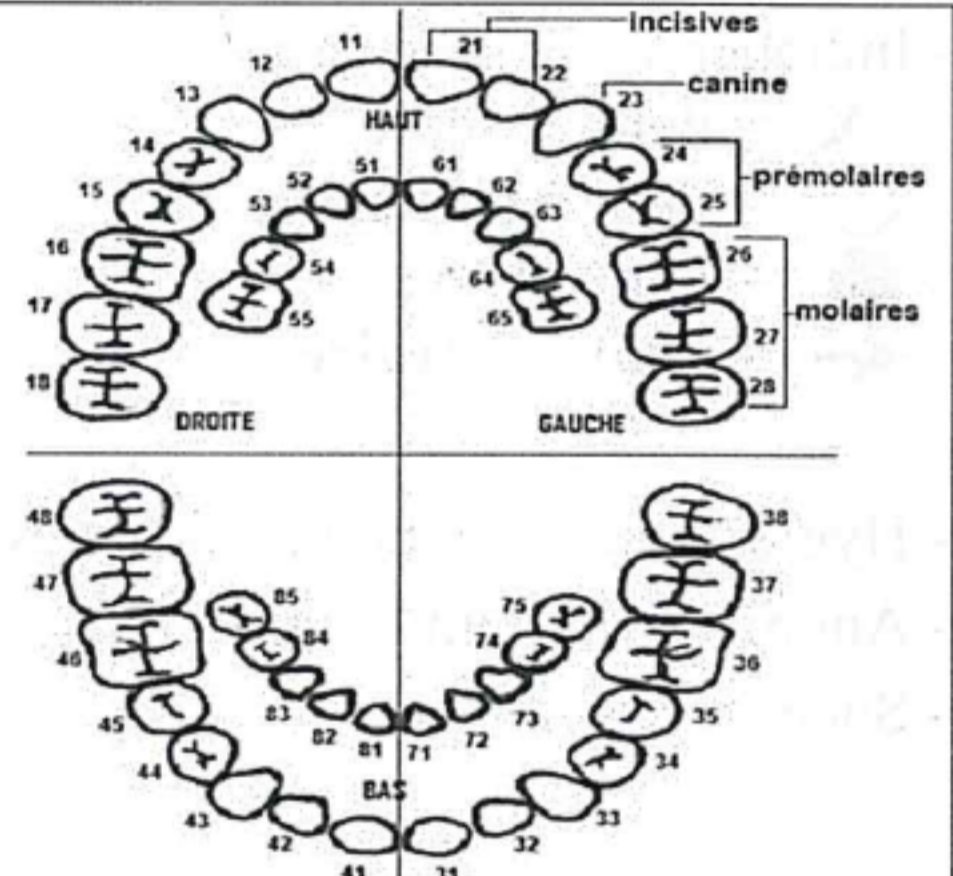
- Indiquer sur le schéma :

- X** = dent absente
- = dent à traiter
- = dent traitée
- ← = dent à extraire

- Hygiène dentaire: bonne  mauvaise

- Anomalie du frein lingual : oui  non

- Succion des doigts : oui  non



The dental chart consists of four quadrants: HAUT DROITE (top right), HAUT GAUCHE (top left), BAS DROITE (bottom right), and BAS GAUCHE (bottom left). Teeth are numbered 1-18 on the right side and 19-32 on the left side of the upper arch, and 33-48 on the right side and 49-72 on the left side of the lower arch. Labels include 'Incisives', 'canine', 'prémolaires', and 'molaires'.

## Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit :.....Œil gauche :.....

Troubles auditifs : Oui  Non

Si oui, préciser :.....

**Conclusion :** .....

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature



# VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de CM2)

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Antécédents pathologiques:.....

Allergies : .....

Age :..... Poids :..... Taille :..... T° :..... TA :..... IMC :.....

## Examen physique :

Abdomen : .....

Cœur : .....

Poumons : .....

Autres :.....

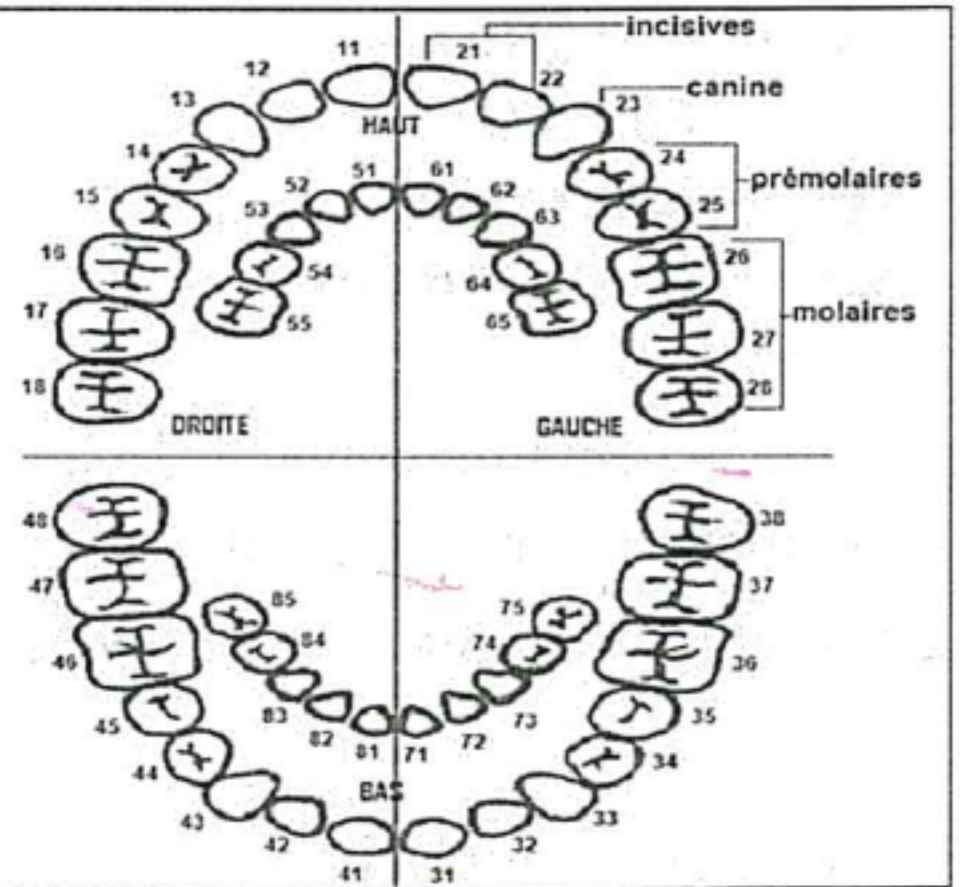
Comportement psycho-social de l'enfant : .....

## Examen bucco-dentaire :

- Indiquer sur le schéma :

- X** = dent absente
- = dent à traiter
- = dent traitée
- ←** = dent à extraire

- Hygiène dentaire: bonne  mauvaise
- Anomalie du frein lingual : oui  non
- Succion des doigts : oui  non



## Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit :.....Œil gauche :.....

Troubles auditifs : Oui  Non

Si oui, préciser :.....

**Conclusion :** .....

**Prescription:**.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

# VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de 6<sup>ème</sup>)

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Antécédents pathologiques:.....

Allergies : .....

Age :..... Poids :..... Taille :..... T° :..... TA :..... IMC :.....

## Examen physique :

Abdomen : .....

Cœur : .....

Poumons : .....

Autres : .....

Comportement psycho-social de l'enfant : .....

## Examen bucco-dentaire :

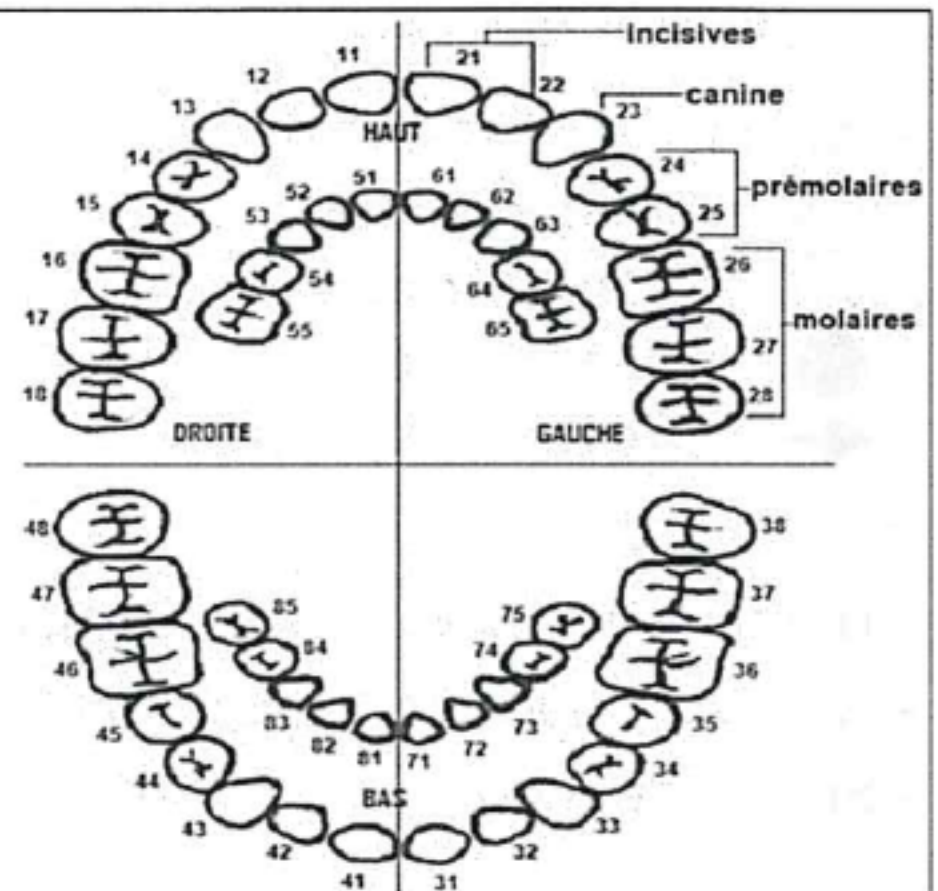
- Indiquer sur le schéma :

- X** = dent absente
- = dent à traiter
- = dent traitée
- ← = dent à extraire

- Hygiène dentaire: bonne  mauvaise

- Anomalie du frein lingual : oui  non

- Succion des doigts : oui  non



## Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit :.....Œil gauche :.....

Troubles auditifs : Oui  Non

Si oui, préciser :.....

**Conclusion :** .....

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

# VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE (Classe de 3<sup>ème</sup>)

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom de la Structure sanitaire : .....

Antécédents pathologiques:.....

Allergies : .....

Age :..... Poids :..... Taille :..... T° :..... TA :..... IMC :.....

## Examen physique :

Abdomen : .....

Cœur : .....

Poumons : .....

Autres :.....

Comportement psycho-social de l'enfant : .....

## Examen bucco-dentaire :

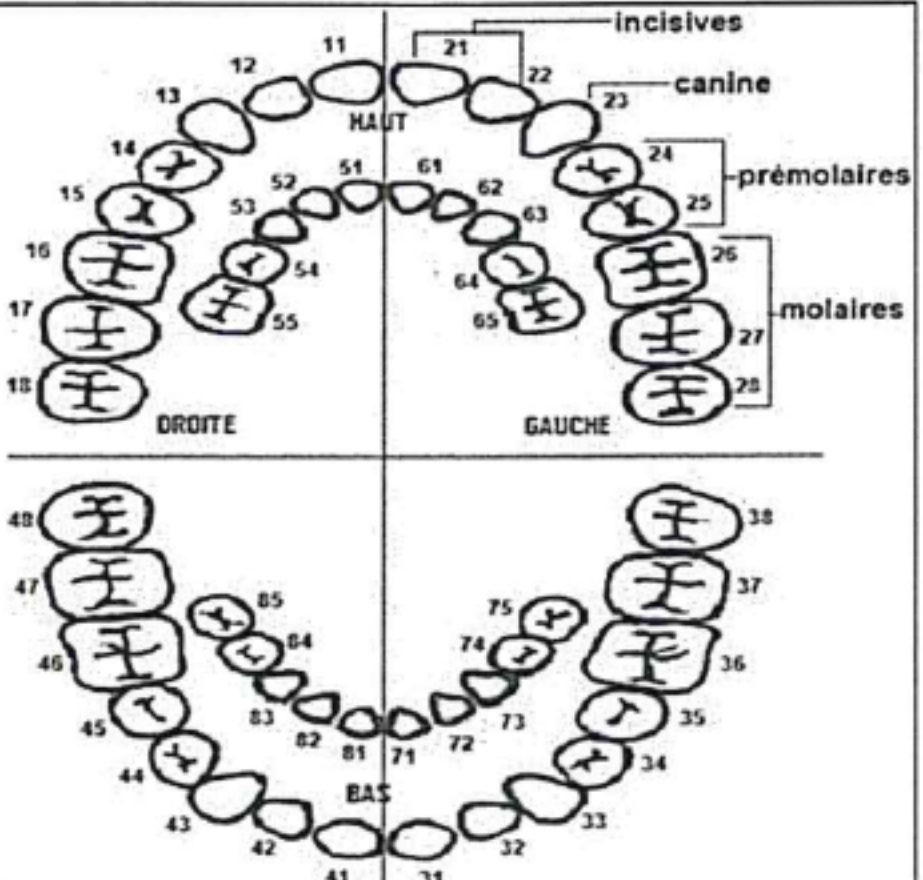
- Indiquer sur le schéma :

- X** = dent absente
- = dent à traiter
- = dent traitée
- ← = dent à extraire

- Hygiène dentaire: bonne  mauvaise

- Anomalie du frein lingual : oui  non

- Succion des doigts : oui  non



## Examen neurosensoriel :

Acuité Visuelle : Œil droit :..... Œil gauche :.....

Troubles auditifs : Oui  Non

Si oui, préciser :.....

**Conclusion :** .....

Prescription:.....

Nom et prénoms du prestataire

Cachet et Signature

# **Communication pour le Changement de Comportement (CCC) à l'intention des adolescents**

## **THEMES**

### **1- Santé de la reproduction/santé sexuelle**

- Grossesses précoces, grossesses non désirées
- IST/VIH/Sida
- Violences sexuelles et sexistes
- Prévention du cancer du col

### **2- Prévention du paludisme**

### **3- Prévention de la tuberculose**

### **4- Hygiène corporelle et vestimentaire, alimentaire, bucco-dentaire, environnementale**

### **5- Tabac/alcool/drogue**

### **6- Secourisme**

# DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT DE 15 MOIS A 5 ANS

AGE	ACQUISITIONS MOTRICES ET POSTURALES	PREHENSION	LANGAGE	RELATIONS SOCIALES et Divers
15 mois	Monte l'escalier à 4 pattes	Tourne les pages du livre en sautant plusieurs pages	Utilise un vocabulaire de 4 à 6 mots	Montre du doigt les objets demandés
18 mois	-Monte et descend les escaliers en tenant la rampe -Court jambes et bras écartés, avec chutes fréquentes	Aime faire des gribouillis	Sait désigner 2 ou 3 parties de son corps (nez, yeux, bouche...)	Peut être propre le jour, avec quelques accidents occasionnels
24 mois	Monte et descend l'escalier seul en posant les 2 pieds sur chaque marche	-A acquis une grande souplesse du poignet et dessine avec un crayon bien tenu (pince digitale). -Sait tourner la poignée d'une porte	Peut désigner 4 à 5 parties de son corps	Connaît 1 à 2 couleurs
2 ans et 1/2	-Saute à pieds joints -Peut jeter une balle en l'air -Peut tenir sur un pied	-Met ses chaussures -Tient correctement un crayon -Imite un trait vertical et horizontal	-Pose beaucoup de questions aux parents -Utilise le pronom "Je"	-Peut se nommer -Peut boire seul -Est propre la nuit -Porte un verre d'eau ou un objet fragile
3 ans	-Fait du tricycle -Monte les escaliers en alternant les pieds	-Peut s'habiller et se déshabiller -Dessine le trait -Dessine le rond	-Peut raconter les petites histoires à propos de ce qu'il a fait -Connait son sexe	-Peut prêter ses jouets (facilement) -Joue avec un autre enfant.
4 ans	-Sautille et fait des bonds -Descends les escaliers en alternant les pieds	-Peut boutonner entièrement ses vêtements -Attrape une balle -Dessine le carré	-Peut apprendre une chanson ou un poème -Connait toutes les couleurs	Participe au jeu collectif
5 ans	-Saute en alternant les pieds -Saute à la corde -Saute les obstacles	-Peut attacher les lacets de chaussures -Dessine le triangle -Reconnait sa droite de sa gauche	-Peut écrire son prénom -Demande le sens d'un mot	-Aide sa mère dans les travaux -Aime faire quelque chose pour elle -Participe aux jeux de compétition -Accepte les règles et les consignes

# PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE)

## I- PROMOTION DE LA CROISSANCE ET DU DEVELOPPEMENT

- 1) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant prend en charge le nouveau né
- 2) La mère allaite exclusivement le nourrisson jusqu'à l'âge de 6 mois
- 3) La mère nourrit l'enfant à partir de l'âge de 6 mois avec les aliments de complément équilibrés, fraîchement préparés de façon hygiénique tout en continuant à l'allaiter jusqu'à 24 mois
- 4) Tous les 6 mois, la mère, le père ou la personne à charge de l'enfant fait supplémenter le nourrisson et l'enfant de 6 à 59 mois en Vitamine A et en plus, les fait déparasiter à partir de 6 mois
- 5) Les ménages consomment tous les jours du sel iodé dans leur alimentation.

## II. PREVENTION DES MALADIES

- 6) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant fait vacciner complètement l'enfant avant l'âge de 1 an
- 7) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant lave ses mains avec de l'eau propre et du savon et observe les bonnes pratiques d'hygiène du milieu : avant de préparer les repas des enfants, avant de nourrir les enfants, après la défécation, après avoir éliminé correctement les selles des enfants
- 8) La femme enceinte et les enfants de 0-5 ans dorment toutes les nuits sous moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII).

## III. PRISE EN CHARGE DES CAS A DOMICILE

- 9) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant donne à l'enfant le traitement adéquat à domicile : de la diarrhée, de la fièvre et du paludisme, des IRA.

## IV. RECHERCHE DES SOINS DANS UN CENTRE DE SANTE

- 10) La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant reconnaît les signes de danger/gravité afin de l'emmener à temps chez le prestataire qualifié au Centre
- 11) de Santé pour recevoir les soins appropriés.
- 12) La femme enceinte se fait suivre en consultation prénatale recentrée (CPN+) et accouche sous la surveillance d'un personnel qualifié.
- 13) La mère et l'enfant se font suivre après l'accouchement par un personnel qualifié.