Maman,

Gardez précieusement ce carnet.

Présentez-le à l'occasion de toutes les consultations de votre enfant.

Consultez-le chaque semaine afin de vous rappeler la date de la prochaine vaccination du bébé.

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION
DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE PUBLIQUE

CARNET DE SANTE DE L'ENFANT

Nom: _____

Prénoms: _____

Date de naissance: _____

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
****

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DE LA POPULATION ET DE LUTTE
CONTRE LE SIDA
****

DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE PUBLIQUE
****

CARNET DE SANTE DE L'ENFANT

Nom :

Prénoms : _____

Date de Naissance : _____

MERE :

Nom : _____

Prénoms : _____

Age : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Nationalité : _____

PERE :

Nom : _____

Prénoms : _____

Age : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Nationalité : _____

NAISSANCE

Né à terme : _____ Prema : _____

Réanimé : _____ Durée : _____

Poids : _____ Taille : _____ Sexe : _____

Périmètre crânien : _____

APGAR : _____

Prophylaxie oculaire : _____

Date de sortie de maternité : _____

Poids de sortie : _____

Etats à la sortie : _____

Centre SMI	N° Fiche de croissance	N° PEV	Localité	Région Sanitaire

VACCINATION		
VACCINS	Rappel calendrier des enfants de 0 à 11 mois	Date de Vaccination
BCG	A la naissance jusqu'à 15 jours	
VPO		
0 Dose	De la naissance à 15 jours	
1ère Dose	A partir d'un mois et demi	
2ème Dose	A partir de 2 mois et demi	
3ème Dose	A partir de 3 mois et demi	
DTC-HepB + Hib		
1ère Dose	A partir d'un mois et demi	
2ème Dose	A partir de 2 mois et demi	
3ème Dose	A partir de 3 mois et demi	
PCV 13		
1ère Dose	A partir d'un mois et demi	
2ème Dose	A partir de 2 mois et demi	
3ème Dose	A partir de 3 mois et demi	
VAR	A partir de 9 mois	
VAA	A partir de 9 mois	
VITAMINE A 100.000 U.I	De 6 à 11 mois	
VAR CAMPAGNE	9-47 mois	

NATIONS

Cachet et signature de vaccinateur	Date de rendez vous

CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT

Date	Poids	Taille	Observations

CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT

Date	Poids	Taille	Observations

CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT

Date	Poids	Taille	Observations

ETATS PATHOLOGIQUES

DATE	OBSERVATION ET TRAITEMENTS

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Maintien de la tête : ____________________

Station assise ________ debout : ________

Fermeture de la fontanelle : ________________

Premiers mots : ____________________

Premiers pas ____________________

PARTICULARITES A SIGNALER

____

____

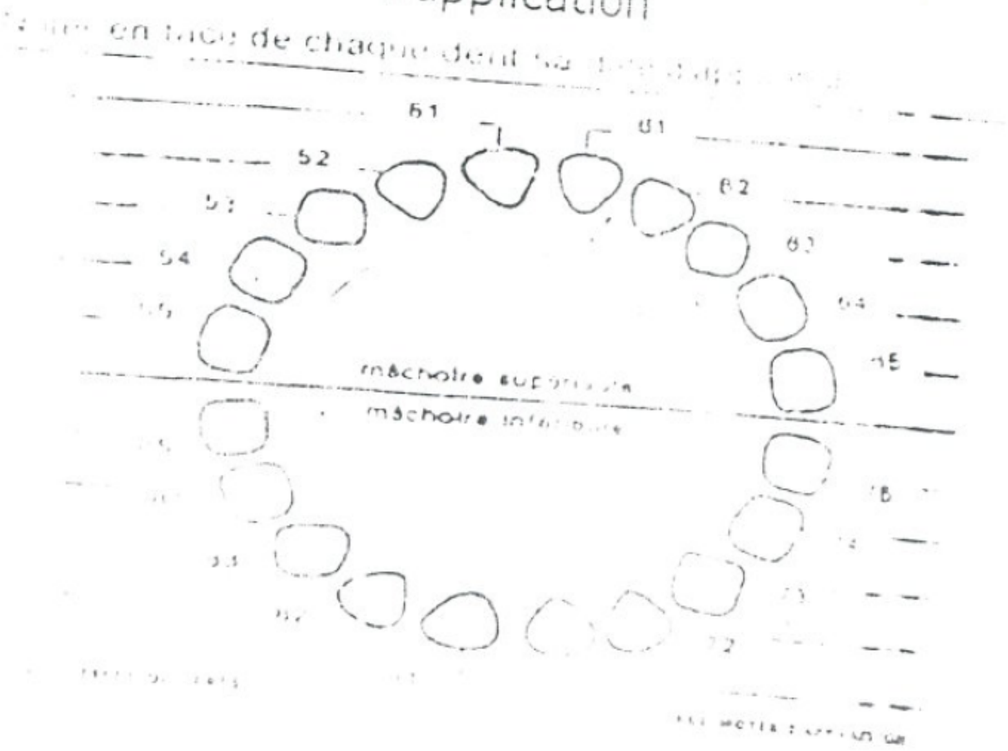
____

____

____

DEFINITION

Noter en face de chaque dent.sa date d'application



Age moyen d'application des dents

Nombre de dents	Age
2/3/4	[illegible] mois
5/6	[illegible] mois
7/8	[illegible] mois
9/10	[illegible] mois
	24/30 mois

ETATS PATHOLOGIQUES

DATE	OBSERVATION ET TRAITEMENTS

CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT

Date	Poids	Taille	Observations

ETATS PATHOLOGIQUES

DATE	OBSERVATION ET TRAITEMENTS

ETATS PATHOLOGIQUES

DATE	OBSERVATION ET TRAITEMENTS

ETATS PATHOLOGIQUES

DATE	OBSERVATION ET TRAITEMENTS

ETATS PATHOLOGIQUES

DATE	OBSERVATION ET TRAITEMENTS

ENQUETES MEDICO – SOCIALES