

BURKINA FASO

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE
DE LA FAMILLE

CARNET DE SANTE

Direction Régionale de la Santé du Centre

District Sanitaire de BASKUY

Formation Sanitaire de.....

N° du dossier familial.....

Calendrier de Vaccination

(Pour les femmes en âge de procréer)
15 - 49ans

VAT 1 : dès le premier contact ou le plus tôt possible

VAT 2 : au moins 4 semaines après VAT 1

VAT 3 : au moins 6 semaines après VAT 2

VAT 4 : au moins un ans après VAT 3

VAT 5 : au moins un ans après VAT 4

*Conservez ce carnet de santé
présentez-le à chaque consultation
et faites-le régulièrement tenir à jour.
C'est dans l'intérêt de votre enfant.*

N° de consultation prénatale :

N° de consultation du Nourrisson :

Cachet du C.S.M.I.

Mère :

Nom et prénoms

Age de la mère :

Profession

Nom de l'enfant :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Père :

Nom et prénoms

Age du père :

Adresse :

Profession :

Employeur :

GROSSESSE A RISQUE

(Préciser le risque

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

1°) Père et mère

Père : B. W.....Radio.....GS.....RH.....
Santé.....

Mère : B. W.....Radio.....GS.....RH.....

Vaccinations antérieures :

- Tétanos
- B.C.G
- Fièvre Jaune
- Autres :

Antécédents médicaux :

- Asthme
- Drépanocytose
- Autres

REGIME

Le lait de la mère est l'aliment idéal du nouveau né
Parfaitement adapté aux besoins de l'enfant, il est le
meilleur.

Allaiter est un acte naturel qui rapproche la mère de son
enfant.

FACTEURS DE RISQUES	GàR	AàR	TR	Suivi	Réf. Suivi	Réf. Accouchement
Antécédents obstétricaux						
Césarienne		X			X	XX
Enfant mort-né	X	X		X		XX
Avortement > 2	X			X	X	XX
Fausse couches > 2	X			X	X	XX
Stérilité de + de 5 ans	X			X	X	XX
Grossesse actuelle						
- Âge > 35 ans	X	X		X		X
- Nombre d'enfants	X	X		X		X
- Taille < 1,50 m		X	X	X		XX
- Hémorragie				X		XX
- Pré-éclampsie	X			X		XX
- Primipare > 30 ans	X	X				X
Maladies associées						
- Hypertension > 140/90	X	X	X	X	X	XX
- Diabète	X	X	X	X	X	XX
- Drépanocytose	X	X	X	X	X	XX
Facteurs sociaux						
- Femme seule (Cél. ; Vve)	X	X		X	SS	
- Conditions socio-écono. défavorables	X	X		X	SS	

xx : Médecin

x : Centre médical avec antenne chirurgicale

ss : Service Social

A à R : Accouchement à risque

G à R : Grossesse à risque

2°) Fratrie

Enfants			Vivants		Décédés		
N°	Date	Terme	Sexe	Age	Santé	Age	Cause
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Gestation

Dernières règles le :

Accouchement prévu le :

EXAMENS PÉRIODIQUES

Examens	1 ^{er} Examen	2 ^{ème} Examen	3 ^{ème} Examen	4 ^{ème} Examen
Date				
Taille				
Poids				
T.A.				
Oedèmes				
Anémie				
Urines				
Seins				
Hauteur utérine				
Présentation				
Bruit du Coeur				
TV				
Promontoire				
Varices				
Vergétures				
Dentition				
Seins				

Prévention

Paludisme :

Anémie :

Vaccinations :

DATE

Antitétanique

	DATE
VAT 1	
VAT 2	
VAT 3	
VAT 4	
VAT 5	

Autres

Examens complémentaires

Date	Nature de l'Examen	Résultats

Soins Curatifs

Date	Date

Soins Curatifs

Date	

NAISSANCE

Lieu d'accouchement : Maternité Domicile

Dateà.....heures

A terme ou au.....mois de grossesse

Durée de travail.....

Interventions obstétricales.....

Vitamine A reçue le.....

Etat de l'enfant à la naissance :

Apgar.....

Poids de naissance :.....Sexe M F

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

.....B.W. :.....GS. Rh :.....

A - t-il crié tout de suite?.....

Etait - il cyanosé?.....

A - t-il fallu le réanimer?.....

Durée de la réanimation.....Poids de S.....

Mode de délivrance :.....

Autres renseignements

Insertion placenta.....

Poids du placenta :.....

Longueur du cordon.....

Petit côté :.....

Particularités - Malformations

Régime :

Sein

Allaitement

Allaitement Artificielle

Conseil :

EXAMENS POST - NATAL

Date :

MERE

Accouchement :

Normal

Césarienne

Autres

Allaitement maternel : Oui Non

Retour de couches : Oui Non

Poids : T.A. :

Conjonctives.....oedèmes.....

EXAMENS GYNÉCOLOGIQUE

- Inspection - palpitation des seins

-Examens au spéculum :

Perinée

Vagin

Col

Ecoulement

- T.V Combiné au palper :

Col fermé : Oui Non

Involution utérine faite : Oui Non

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (PRECISER)

Prescriptions :

ENFANT

- Poids.....Taille.....

- Etat nutritionnel.....

- Réflexes.....

B.C.G. à la naissance Oui Non

Conseils :

1 à 2 ans

Date	Age	Poids	Taille	Vit. A

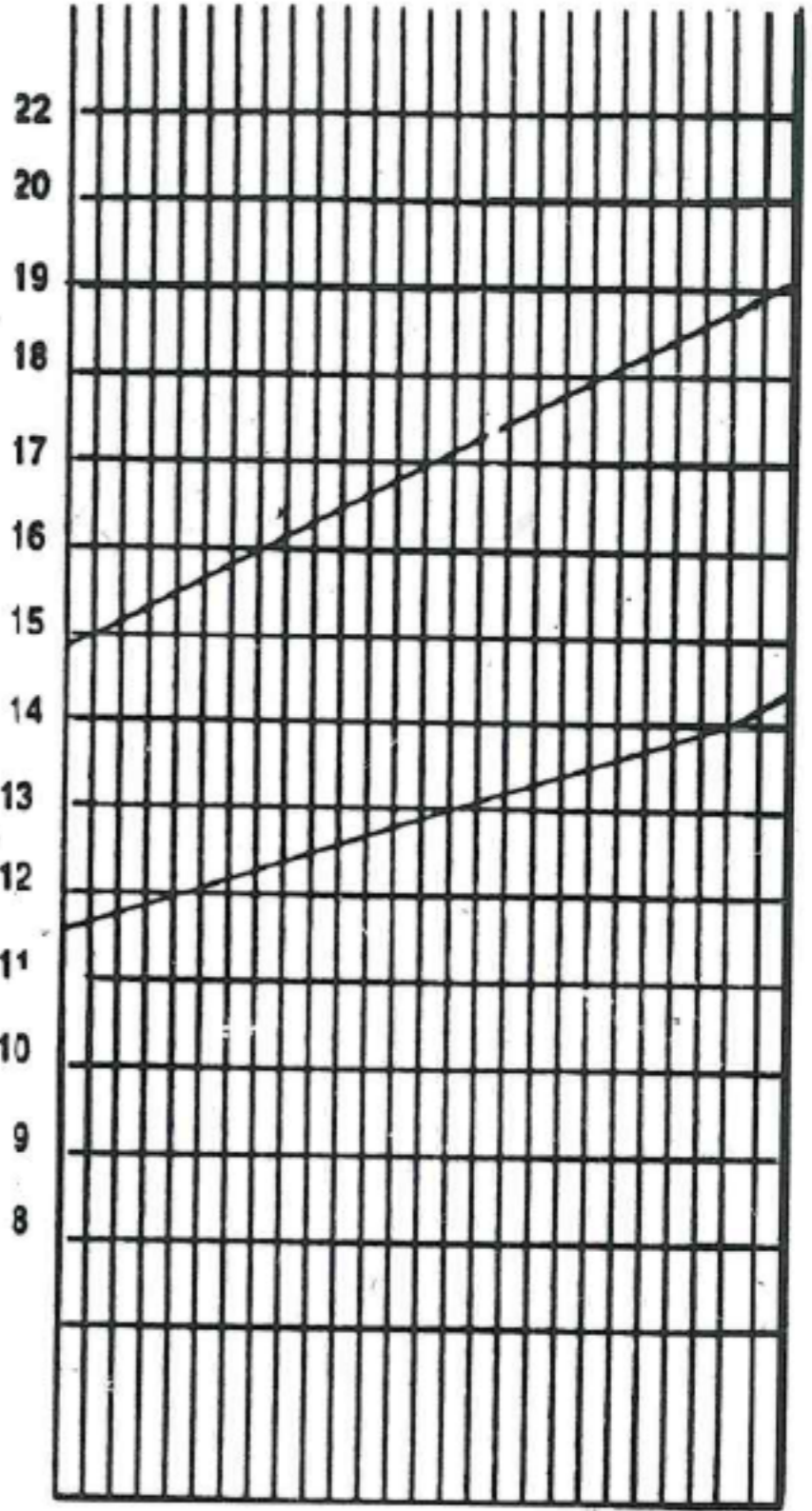
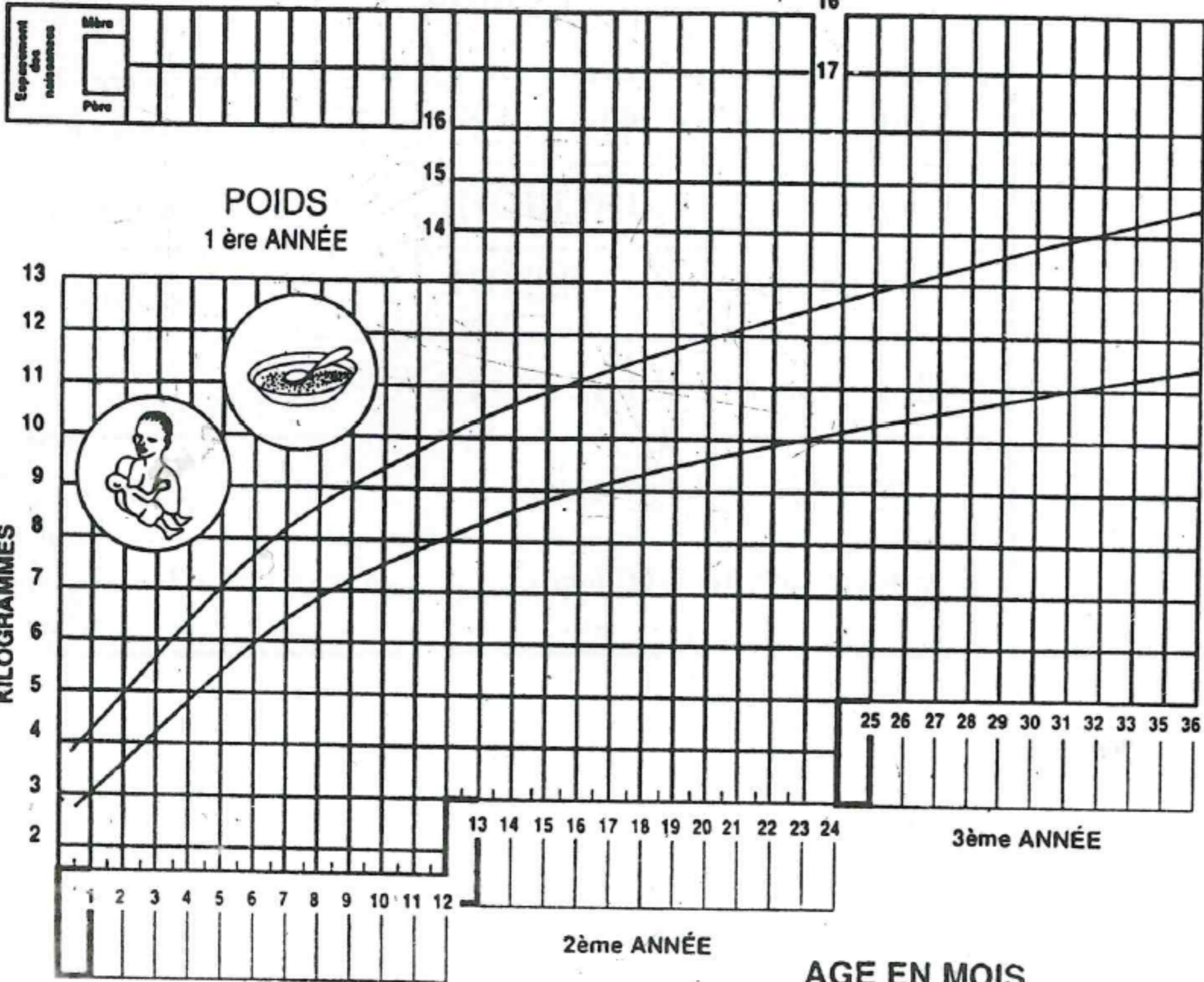
1 pesée tous les 2 mois

Observations - Prescriptions- Régime

Lined area for observations and prescriptions.

Noter les Maladies sur
 le Graphique au Kg
 mois correspondant
 Poids à la naissance _____ Kg

RAISONS JUSTIFIANT UNE SURVEILLANCE PARTICULIERE



4 ème ANNÉE 5 ème ANNÉE

VACCINATIONS

BCG le :

Polio Zéro le :

DTC HEP - HIB	POLIO
1 ^{ère} prise :	
2 ^{ème} prise :	
3 ^{ème} prise :	
Rappel :	

Rougeole le :

Fièvre jaune 17 D le :

Tétanos le :

AUTRES VACCINATIONS

Méningite le :

Choléra le :

DT TAB le :

Calendrier de Vaccination

(Enfant)

A la naissance	BCG + polio oral (polio rétro)
A 2 mois	DTC-HEPB-HIB + polio oral (polio 1)
A 3 mois	DTC-HEPB-HIB + polio oral (polio 2)
A 4 mois	DTC-HEPB-HIB + polio oral (polio 3)
A 9 mois	Rougeole + Fièvre Jaune
Entre : 16 et 18 mois	1er Rappel DTC HEPB-HIB et polio