

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

Département de : _____

Zone Sanitaire de : _____

Commune de : _____

Formation Sanitaire : _____

CARNET DE SANTE

DEPARTEMENT _____

ZONE SANITAIRE DE _____

COMMUNE DE _____

CS DE _____

VACCINATIONS

BCG ___/___/___

POLIO 0 ___/___/___

PENTA1 (DTC1-HepB1+Hib1) ___/___/___

POLIO 1 ___/___/___

PENTA2 (DTC2-HepB2+Hib2) ___/___/___

POLIO 2 ___/___/___

PENTA3 (DTC3-HepB3+Hib3) ___/___/___

POLIO 3 ___/___/___

VAR (1^{ère} dose) ___/___/___

VAA ___/___/___

VAR (2^{ème} dose) ___/___/___

VAT2 et + ___/___/___

Autres.....

.....

CONSULTATION PRENATALE

	1ère	2ème	3ème	4ème
Date				
Mois de grossesse				
Température				
TA				
BDC				
Urines (alb – sucre)	A: S:	A: S:	A: S:	A: S:
Poids				
Périmètre ombilical				
HU				
Oedèmes				
Ictère				
Conjonctives				
Présentation				
TV				
Saignement				
Examen des seins				
Fer/Acide folique				
TPI/SP				
MIILD				
Observations				

Autres examens sur indications

Examens au spéculum Oui Non

CONSULTATION PRENATALE

	1ère	2ème	3ème	4ème
Date				
Mois de grossesse				
Température				
TA				
BDC				
Urines (alb – sucre)	A: S:	A: S:	A: S:	A: S:
Poids				
Périmètre ombilical				
HU				
Oedèmes				
Ictère				
Conjonctives				
Présentation				
TV				
Saignement				
Examen des seins				
Fer/Acide folique				
TPI/SP				
MIILD				
Observations				

Autres examens sur indications

Examens au spéculum Oui Non

CONSULTATION PRENATALE

	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}
Date				
Mois de grossesse				
Température				
TA				
BDC				
Urines (alb – sucre)	A: S:	A: S:	A: S:	A: S:
Poids				
Périmètre ombilical				
HU				
Oedèmes				
Ictère				
Conjonctives				
Présentation				
TV				
Saignement				
Examen des seins				
Fer/Acide folique				
TPI/SP				
MIILD				
Observations				

Autres examens sur indications

Examens au spéculum Oui Non

CONSULTATION PRENATALE

	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}
Date				
Mois de grossesse				
Température				
TA				
BDC				
Urines (alb – sucre)	A: S:	A: S:	A: S:	A: S:
Poids				
Périmètre ombilical				
HU				
Oedèmes				
Ictère				
Conjonctives				
Présentation				
TV				
Saignement				
Examen des seins				
Fer/Acide folique				
TPI/SP				
MIILD				
Observations				

Autres examens sur indications

Examens au spéculum Oui Non

PREMIERE CONSULTATION POST – NATALE

(deux semaines après l'accouchement)

Date Poids

Temp TA

Examen des seins

.....

.....

Coloration des conjonctives

Involution utérine

Autres examens sur Indications

Spéculum

.....

TV

.....

Planification familiale

La femme est sensibilisée sur la PF oui non

La femme accepte une méthode oui non

Méthode acceptée MAMA Préservatifs

Autre (à préciser).....

N° de fiche de PF

Conclusion et conduite tenue

2ème CONSULTATION POST – NATALE

(six semaines après l'accouchement)

Date Poids

Temp TA

Examen des seins

.....

.....

Coloration des conjonctives

Involution utérine

Autres examens sur Indications

Spéculum

.....

TV

.....

Planification familiale

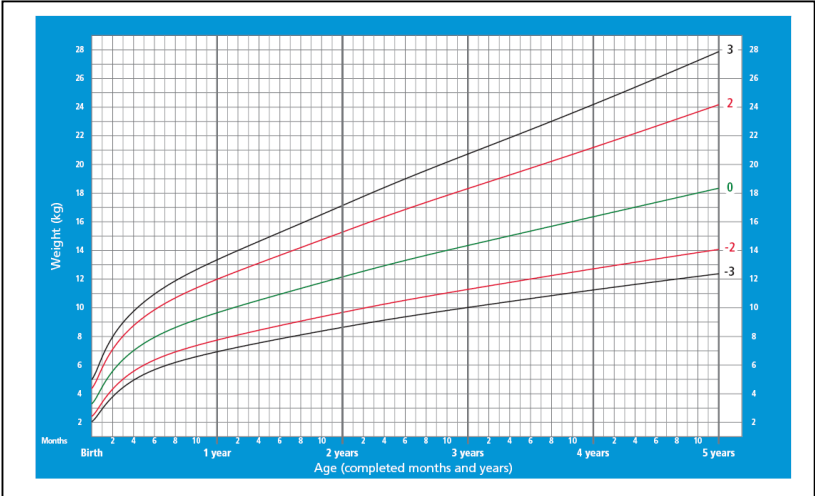
La femme accepte une méthode oui non

Méthode acceptée DIU CO Cinj Autres

N° de fiche de PF

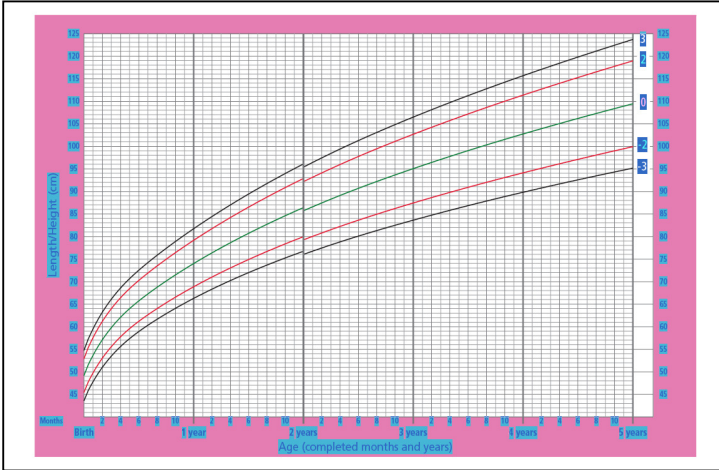
Conclusion et conduite tenue

COURBE DE POIDS GARÇON



A reçu de la vitamine A Date

COURBE DE POIDS FILLE



A reçu de la vitamine A Date

