

**BURKINA FASO**

Unité - Progrès - Justice

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

**CARNET DE SANTÉ**

Région de : .....

District Sanitaire de : .....

Formation Sanitaire de : .....

N° du dossier familial .....



## CALENDRIER DE VACCINATION

Pour les femmes en âge de procréer 15 - 49 ans

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

VAT 2 : au moins 4 semaines après VAT 1

VAT 3 : au moins 6 mois après VAT 2

VAT 4 : au moins 1 an après VAT 3

VAT 5 : au moins 1 an 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 :

Nom de l' enfant :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Père :

noms et prénoms :

Age du père :

Adresse :

Profession :

Employeur :



**SIGNE DE DANGER AU COURS  
DE LA GROSSESSE**

- Saignements
- Difficultés respiratoires
- Maux de tête prononcés
- Vertiges
- Convulsions / perte de conscience
- Douleurs abdominales
- Non perception des mouvements du fœtus
- Ecoulement de liquide vaginal

**Devant un de ces signes: Présentez vous à la  
Formation Sanitaire la plus proche**

**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

1°) Père et mère

Père : BW..... Radio.....GS.....RH.....  
Santé.....

Mère : BW.....Radio.....GS.....RH.....

**Vaccinations antérieures :**

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

**Antécédents médicaux :**

- Asthme
- Drépanocytose
- Autres



**RECHERCHER LES ANTECEDENTS SUIVANTS**

Antécédents	Oui	Non
<b><u>MÉDICAUX :</u></b>		
- HTA		
- Diabète		
- Drépanocytose		
<b><u>OBSTETRICAUX</u></b>		
- Césarienne		
- Fausses couches		
- Avortements		
<b><u>AUTRES</u></b>		

**2°) Fratrie**

°	Enfants			Vivants		Décédés	
	Date	Terme	Sexe	Age	Santé	Age	Cause
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
0							
1							
2							



## Gestation

Dernières règles le : .....

Accouchement prévu le : .....

### EXAMENS PÉRIODIQUES

Examens	1er Examen	2ème Examen	3ème Examen	4ème Examen
Date				
Taille				
Poids				
T.A				
Oedèmes				
Anémie				
Urines				
Seins				
Hauteur utérine				
Présentation				
Bruit du Coeur				
TV				
Promontoire				
Varices				
Vergetures				
Denture				
Plan d'accouchement discuté avec le prestataire				

## Prévention

Paludisme : .....

Anémie : .....

Vaccinations : .....

DATE

Antitétanique

VAT 1	
VAT 2	
VAT 3	
VAT 4	
VAT 5	

Autres.....

.....

.....

### Examens complémentaires

Date	Nature de l'Examen	Résultats



## Gestation

Dernières règles le : .....

Accouchement prévu le : .....

## EXAMENS PÉRIODIQUES

Date	

## Soins Curatifs

Date	







## NAISSANCE

Lieu d'accouchement : Maternité  Domicile

Date.....à.....heures  
A terme ou au.....mois de grossesse  
Durée de travail.....  
Interventions obstétricales.....  
Transfusion sérum antitétanique.....

### Etat de l'enfant à la naissance :

Apgar 1<sup>er</sup> mn..... 5<sup>e</sup> mn.....10<sup>e</sup> mn.....

Poids de Naissance :..... Sexe  M  F

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

..... G.S. Rh :.....

A - t-il crié tout de suite?.....

Etait - il cyanosé? .....

A- t-il fallu le réanimer?.....

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

Date de sortie:.....

Particularité - Malformations : .....

## Option

- Allaitement  
 Allaitement Artificielle

### REGIME

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

*Allaiter est un acte naturel  
qui rapproche la mère de l'enfant.*

### Conseils :



# EXAMENS POST - NATAL

Date : .....

**MERE**

Accouchement:

- Normal
- Césarienne
- Autres

Retour de couches :  Oui  Non

Poids : ..... T.A. : .....

Conjonctives..... oedèmes.....

## EXAMENS GYNÉCOLOGIQUE

Inspection- palpitation des seins

Examens au spéculum :

- Perinée
- Vagin
- Col
- Écoulement

T.V Combiné au palper :

Col fermé  Oui  Non

Involution utérine faite  Oui  Non

## Option

- Allaitement
- Allaitement Artificielle

## REGIME

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

*Allaiter est un acte naturel  
qui rapproche la mère de l'enfant.*

Conseils :



# EXAMENS POST - NATAL

Date : .....

**MERE**

Accouchement:  Normal  
 Césarienne  
 Autres

Retour de couches :  Oui  Non

Poids : ..... T.A. : .....

Conjonctives..... oedèmes.....

## EXAMENS GYNÉCOLOGIQUE

Inspection- palpitation des seins

Examens au spéculum :

- Perinée
- Vagin
- Col
- Écoulement

T.V Combiné au palper :

Col fermé  Oui  Non

Involution utérine faite  Oui  Non

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (PRECISER)

Prescriptions:

**ENFANT**

Allaitement maternel  Oui  Non

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

- Etat nutritionnel.....

- Réflexes.....

B.C.G. à la naissance  Oui  Non

Conseils :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



# Premier âge (1 à 12 mois)

Date	Age	Poids	Taille	Vit. A
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

1 pesée par mois

## Observations - Prescriptions - Régime

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



1 à 12 mois

Date	Age	Poids	Taille	Vit. A

1 pesée par mois

Observations - Prescriptions - Régime

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---











# 1 à 2 ans

Date	Age	Poids	Taille	Vit. A

# 1 pesée tous les 2 mois

## Observations - Prescriptions - Régime

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---











# DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Premier Sourire.....

Maintien de la tête.....

Station assise.....debout.....

Fermeture fontanelle.....

Premiers pas.....

Premiers mots.....

Premières phases.....

Propreté.....

Particularité à signaler.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Interventions chirurgicales / Examens par spécialistes

Date	Observations
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....



# VACCINATIONS

BCG le : .....

Polio Zéro le : .....

DTC HEB - 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 : .....

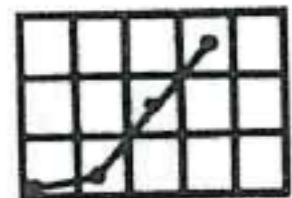
Choléra le : .....

DTTAB le : .....

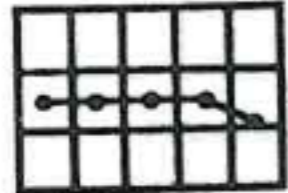
.....  
.....  
.....



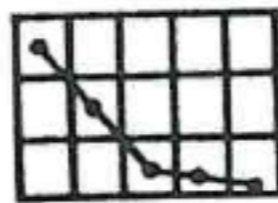
Personnel de santé ; interprétez et expliquez les courbes aux parents !



**Bien**  
indiquer que l'enfant grandit



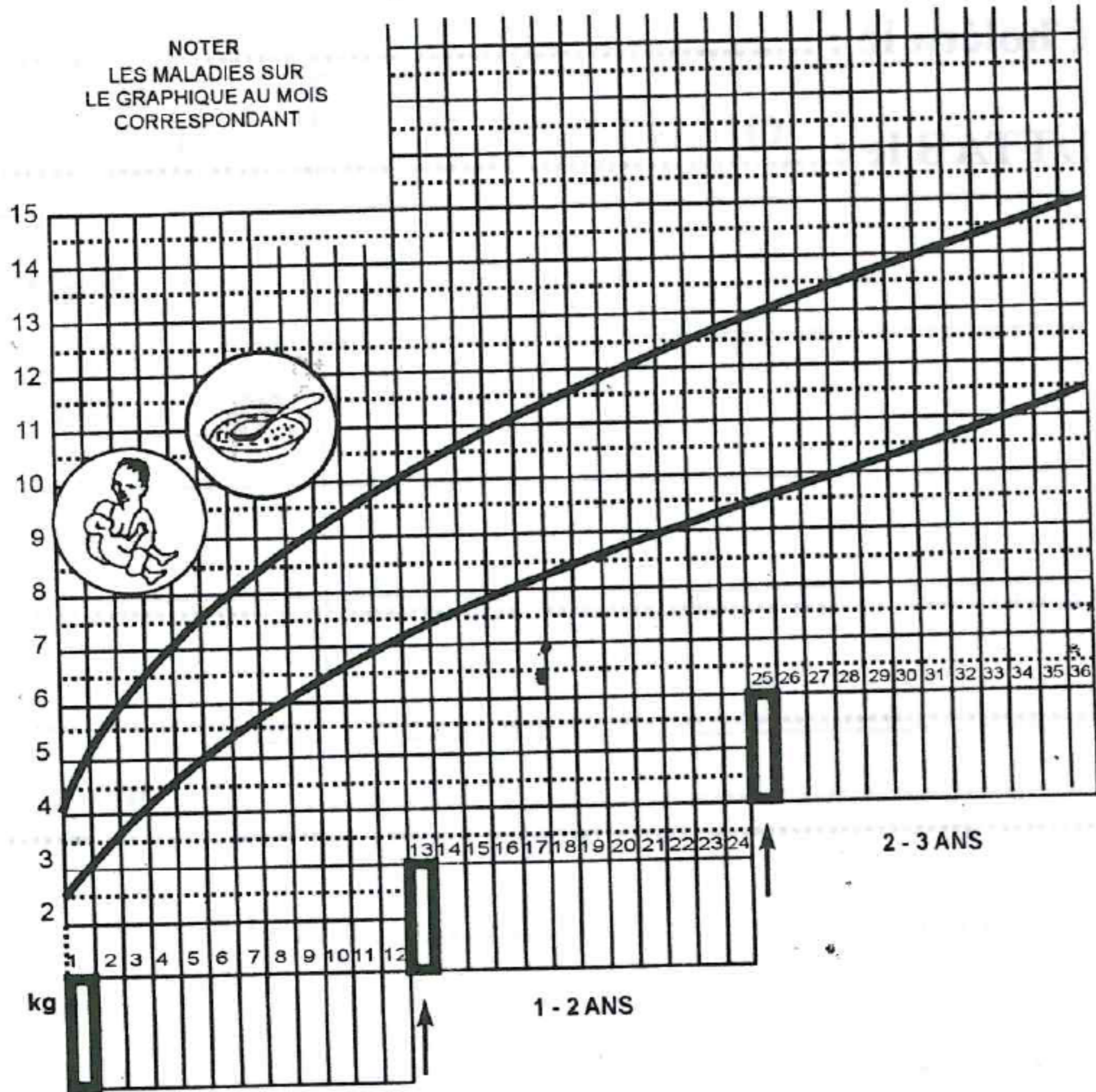
**Signe de danger**  
l'enfant doit être mieux nourri



### COURBE DE POIDS

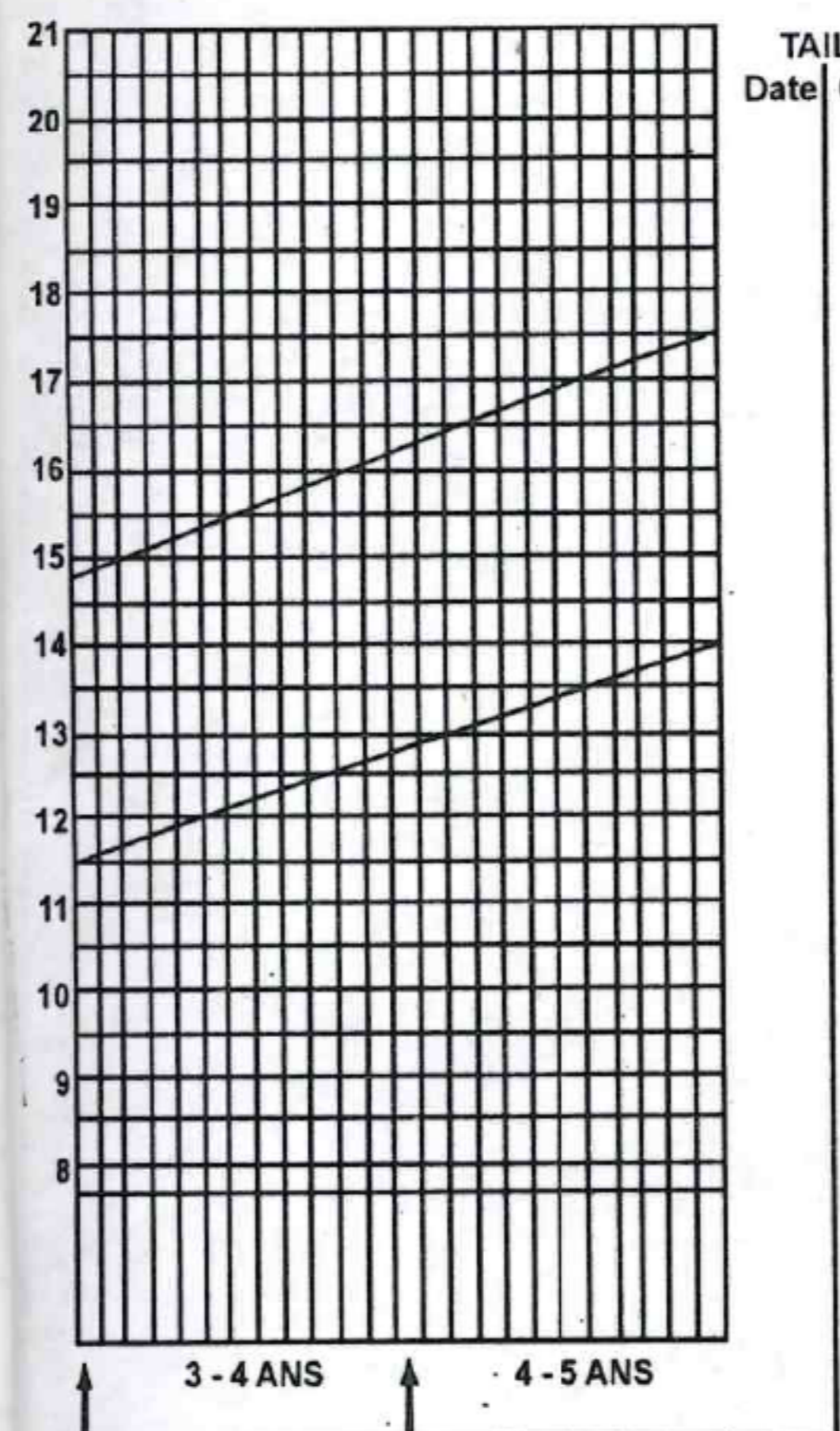
Le lait maternel est le meilleur aliment pour l'enfant mais à partir de 4-6 mois, il faut donner à l'enfant en plus du lait maternel d'autres aliments.

NOTER  
LES MALADIES SUR  
LE GRAPHIQUE AU MOIS  
CORRESPONDANT



## DE POIDS POUR L'AGE

Très DANGEREUX  
l'enfant est peut-être malade et  
à besoin de soins supplémentaires



TAILLE  
Date Cms

OBSERVATIONS

### DEVELOPPEMENT PSYCHO MOTEUR

	AGE EN MOIS													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Marche seul														
Debout sans soutien														
Préhension pouce index														
Marche avec support														
Debout avec soutien														
Marche à quatre pattes														
Assis sans soutien														
Se retourne														
Préhension palmaire														
Maîtrise de la tête														
Babillage														
Premier sourire														

### VACCINATION

BCG le			
D.T.C.P.	DATE	Autres vaccinations	DATE
1ère DOSE		Méningite	
2e DOSE		Fièvre jaune	
3e DOSE		Rougeole	
RAPPEL		DTTAB	

VITAMINE A REÇUE LE :

	20	20	20	20	20
C1					
C2					
C3					

B  
P  
—  
D  
—  
1  
—  
2  
—  
3  
—  
R  
—  
R  
—  
E  
—  
T

Inscrire ici le mois de naissance

POIDS A LA NAISSANCE



## Calendrier de Vaccination (Enfant)

<b>A la naissance</b>	<b>BCG + polio oral (polio Zéro)</b>
<b>A 2 mois</b>	<b>DTC HepB - HiB + polio oral (polio1)</b>
<b>A 3 mois</b>	<b>DTC HepB - Hib + polio oral (polio2)</b>
<b>A 4 mois</b>	<b>DTC HepB - Hib + polio oral (polio3)</b>
<b>A 9 mois</b>	<b>Rougeole + Fièvre jaune</b>
<b>Entre 16 et 18 mois</b>	<b>1er rappel DTC HepB -HiB et polio</b>