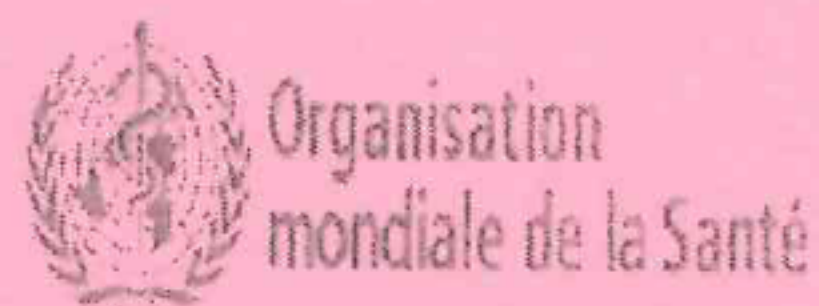




α Ω
ASSOCIATION DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU BURUNDI
AGφB

**AGATABO K'UMUVYEYI N'UMWANA
KU BUZIMA BWIZA
BWABO**



REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

PROVINCE SANITAIRE DE
DISTRICT SANITAIRE DE
HOPITAL / CDS DE

Version pilote 2013

(Le 16 Septembre)



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

Identification de la mère Numéro du patient: N°CNI.....

Nom : Prénom :

Profession..... Numéro de téléphone:

Province de résidence..... Commune:

Colline/Quartier..... Sous colline/Rue ou avenue.....

Identification de l'enfant Numéro du patient:

Nom : Prénom :

N° de l'acte de naissance :



KUNEZA Y'AMAGARA Y'ABAVVEYI NAY'IBIBONDO TWIJUKIRE GUPIMISHA
IMBANYI NA CANE CANE GUHERA KU MEZI ABIRI YAMBERE Y'AGASAMO.

Lieu d'accouchement prévu:

Personne à accompagner pour l'accouchement:

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Lien avec la mère :

Information de Chef de famille ou personne de contact

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Lien avec la mère:

Province de résidence: Commune:

Colline/Quartier: Sous colline/Rue ou avenue:

«UMUKENYEZI WESE AFISE AKAZINGI GASIZE ATEGEREZWA

KWIBARUKIRA KU BITARO BIKURU»

I. CONSULTATION PRENATALE

Date de la CPN 1/...../.....

DDR ____/____/____

DPA ____/____/____

Groupe sanguin et rhésus :

1. Interrogatoire

Gestité () Enfants vivants ()	Parité () Morts nés ()	Avortements ()		DECISION
		Non	Oui	
FACTEURS DE RISQUE				
Age : inférieur à 15 ans		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ **
Supérieur à 35 ans		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ *
Parité : nullipare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ **
Plus de 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ *
Un antécédent de mort né		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ ****
Un accouchement prématuré		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ *
2 avortements du 2 ^{ème} trimestre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ ****
Une césarienne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ ***
Accouchement précédent compliqué		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ ***
Taillecm (inférieur à 150 cm ?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ **
Poids : Moins de 40 kg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ *
Plus de 80 kg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ *
Malformation visible du bassin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ **
Maladies chroniques (T.B.C., H.T.A, Diabète, Cardiopathies...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ ****
Sérologie VIH inconnue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ DEPISTAGE
Groupe sanguin /rhésus inconnu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ GROUPAGE
Autres				⇒

Cocher les risques dépistés, consulter les fiches techniques et entourer la décision prise :

* SURVEILLANCE INTENSIVE de la grossesse normale au CDS

** PELVIMETRIE et référer à la 36^{ème} semaine si besoin

*** REFERER A L'HOPITAL à la 36^{ème} semaine

**** CPN A L'HOPITAL D'EMBLEE

Si la femme cumule plusieurs risques, choisir la décision indiquée avec le plus d'étoiles

2. Résultats de la CPN

Les intervalles recommandés à titre indicatif	CPN1		CPN 2		CPN 3		CPN 4	
	De 8 à 12 semaines		De 18 à 24 semaines		De 24 à 32 semaines		De 36 à 38 semaines	
DATE de la consultation/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Age de la grossesseSA	SA	SA	SA	
POIDS	Kg		Kg		Kg		Kg	
Périmètre brachial	Cm		Cm		Cm		Cm	
Température/T.A.	C°		C°		C°		C°	
Attention ! Si supérieure à 14/9	TA		TA		TA		TA	
HAUTEUR UTERINE	Cm		Cm		Cm		Cm	
PRESENTATION « Préciser laquelle »								
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Pâleur+++ des conjonctives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OEDEMES (Membres inférieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit de Cœur Fœtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOUVEMENTS FCETAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTRACTIONS UTERINES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERTES DE SANG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ULCERATIONS GENITALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertes liquide amniotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertes : (Si oui, préciser blanchâtres, verdâtres ou jaunâtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVATIONS : (Synthèse)								
Quantifier les comprimés du FER et ALBENDAZOLE								
Moustiquaire	Date de dotation : / /							
PROTOCOLE PTME								
SURVEILLANCE (Signature)								
Lieu de CPN	Au CDS <input type="checkbox"/>	A l'hôpital <input type="checkbox"/>	Au CDS <input type="checkbox"/>	A l'hôpital <input type="checkbox"/>	Au CDS <input type="checkbox"/>	A l'hôpital <input type="checkbox"/>	Au CDS <input type="checkbox"/>	A l'hôpital <input type="checkbox"/>

3. Vaccin Anti Tétanique

	Date de VCC	Date de RDV
VAT1 au 1 ^{er} contact.		
VAT2 après 1 mois		
VAT3 après 6 mois		
VAT4 après 1an		
VAT5 après 1 à 3 ans.		
Femme entièrement vaccinée avant la 1 ^{ère} grossesse :		
NB : une fois les 5 doses faites dans les délais requis par le calendrier, la femme est protégée pour toute la vie.		

ITARIKI AZOGARUKIRAKO
KWIPIIMISHA

Urupimo rwa kabiri

Urupimo rwa gatafũ

Urupimo rwa kane

«Référence » Surveillance de la H.U

16 SA	17 SA	18 SA	19 SA	20 SA	21 SA	22 SA	23 SA
12-17 cm	13-18 cm	14-19 cm	15-20 cm	16-21 cm	17-22 cm	18-23 cm	19-24 cm
24 SA	25 SA	26 SA	27 SA	28 SA	30 SA	31 SA	32 SA
20-25 cm	21-26 cm	22-27 cm	23-28 cm	24-29 cm	25-30 cm	26-31 cm	27-32 cm
33 SA	34 SA	35 SA	36 SA	37 SA	38 SA	39 SA	40 SA
+0,5cm	+0,5cm	+0,5cm	+0,5cm	+0,5cm	+0,5cm	+0,5cm	+0,5cm

Attention !

Normalement l'hauteur utérine de devrait pas dépasser 34cm.

III. Travail et accouchement

Date et heure d'arrivée à la FOSA :/...../..... àheures.....min

Date et heure de l'accouchement :/...../..... àheures.....min

Terme de la grossesse à l'accouchement :SA

Référence par CDS Oui Non

Mode et lieu d'accouchement :

Mode d'Accouchement Eutocique Dystocique Césarienne

Délivrance : Normale Artificielle

Déchirure : Oui Non

Épisiotomie : Oui Non

PTME : Oui Non

Lieu d'Accouchement à l'Hôpital au CDS à domicile

Autre (à préciser) :



IJUKIRÈ KWIBARUKIRA KWA MUGANGA

Nouveau-né :

Né vivant Mort-né

A terme Prématuro

Jumeaux/triplet/

Sexe : M F

Poids de naissance :Kg.

Taille : cm

Apgar à la naissance :

Réanimation : Oui Non

Si réanimation, Apgar à la 5^{ème} minute..... à la 10^{ème} minute.....

Malformations congénitales : Oui Non

Autres (Préciser) :

Enfant né en dehors d'une FOSA

Enfant Vivant : Oui Non

Examen du nouveau-né (cfr nouveau-né dans la FOSA)

Circonstances de décès : Mort-né Mort avant 24H Mort avant 7 jours

Accoucheur :

- Accoucheuse traditionnelle
- Aide-accoucheur
- Autre (préciser).....

CPoN dans les 24H après l'accouchement Oui Non

Consultation sur PF Oui Non

Date et heure de sortie :/...../..... àheures

Groupe sanguin et
rhésus de NN:
.....

Attention !!

Première cause de décès maternel c'est l'hémorragie du post-partum.

Une femme qui a accouché eutociquement devrait rester en observation pendant au moins 24 heures

BPS.....
 BDS.....
 FOSA.....

CERTIFICAT DE NAISSANCE N°.....

Je soussigné.....
 Médecin du gouvernement/Infirmier(ère) de.....
 Certifie que le.....
 Poids à la naissance..... sexe.....
 est né au/à.....le...../...../20...
 Le.....

Le médecin/Infirmier.....
 (Signature et cachet)

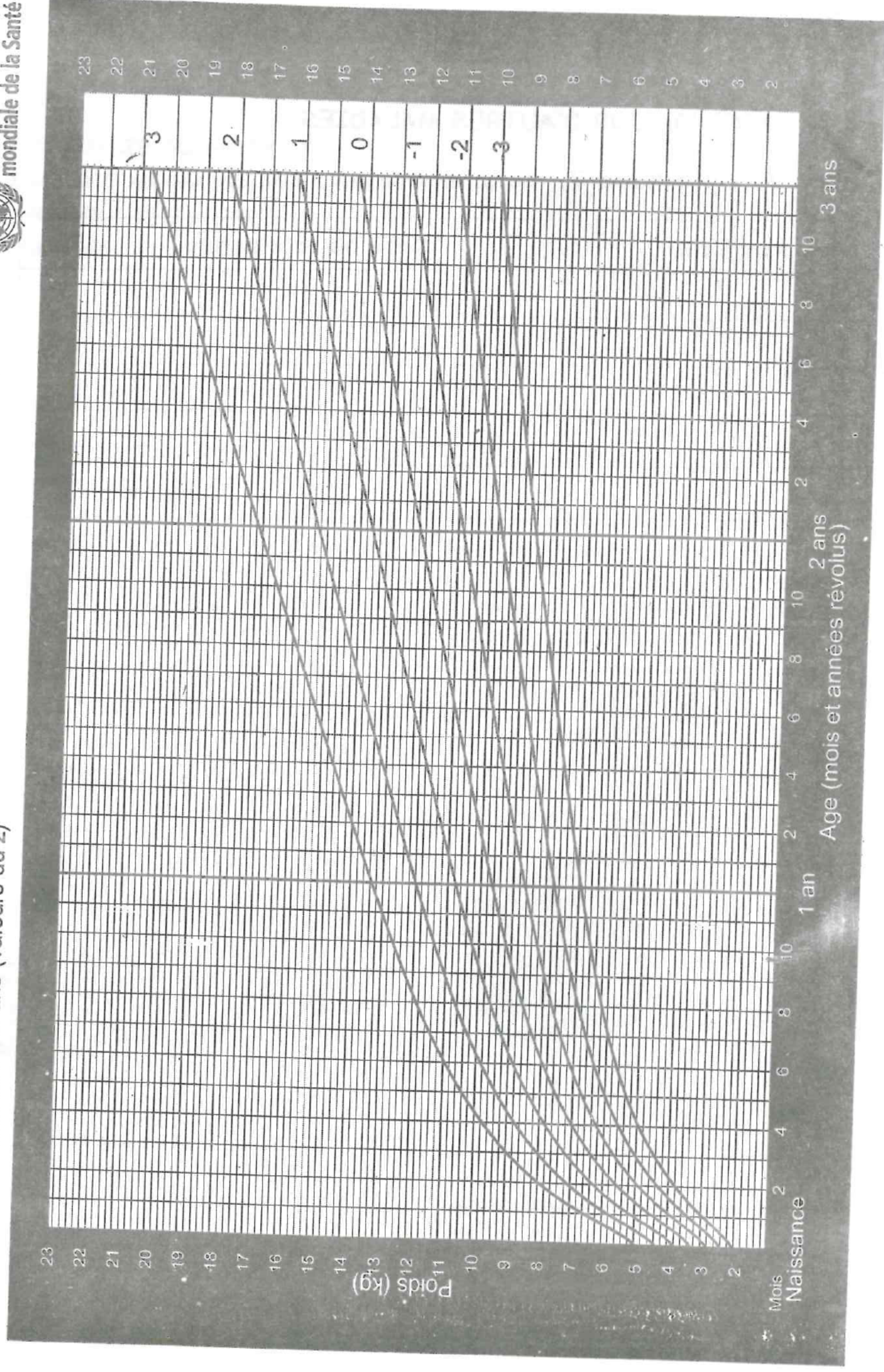
IV. Consultation post natale de la mère et de l'enfant

ISANGO
RDV

		1 ^{ère} CPoN		2 ^{ème} CPoN		
Date de RDV :	/...../.....	/...../.....		
Date CPoN :	/...../.....	/...../.....		
ETAT DE LA MERE	Poids de la mère	Kg		Kg		
	Périmètre brachial	Cm		Cm		
	Température/T.A. <i>Attention ! Si T.A. supérieure à 14/9</i>	C° TA		C° TA		
		Oui	Non	Oui	Non	
	Douleurs pelviennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pâleur+++ des conjonctives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	OEDEMES (Membres inférieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seins	-Mastite (fièvre, douleurs) -Crevasse -Masse (Absès chaud)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Périnée	-Plaie infectée (Episiotomie ou déchirure)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Utérus	-Signe d'infection (Perte malodorante, fièvre, douleurs, saignement.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	- Cicatrice infectée - Abdomen douloureux - Contracture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observation / Soins						
ETAT DU NN	Poids du NN:	Kg		Kg		
	Taille du NN	Cm		Cm		
	Mode d'alimentation Préciser « Maternel exclusif », « Mixte » ou « Artificiel »					
		Oui	Non	Oui	Non	
	Cordon ombilical infecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Les yeux infectés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malformation (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jaunisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Observation / Soins						

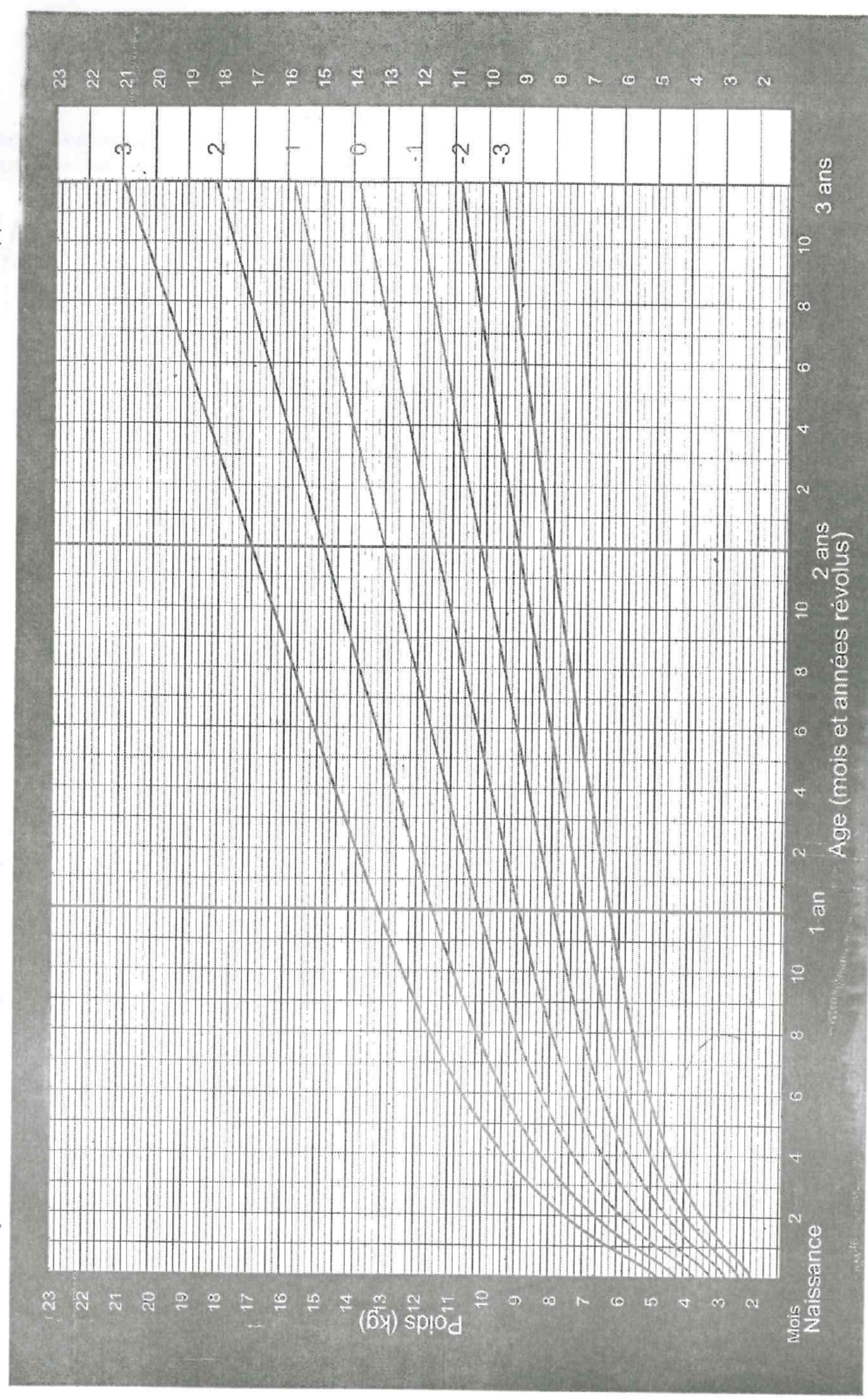
Poids-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 3 ans (valeurs du z)



Poids-pour-l'âge FILLES

De la naissance à 3 ans (valeurs du z)







Date	Principaux symptômes	Diagnostic	Prise en charge/ Médicaments	Conseils

Date	Principaux symptômes	Diagnostic	Prise en charge/ Médicaments	Conseils

MENYA NEZA INGENE UMWANA AGENDA ARACA UBWENGE

Imyaka	Ingendo	Inyifato	Imvugo	Ingene abona abandi bantu
Akivuka ku mwaka	Aryama yubitse inda umutwe uraba ku ruhande	Amaze ukwezi aba atanguye kubona	Arashobora gushohora ijwi	-----
Kuva ku ndwi 6-8	Aranega umutwe	Arabona ikintu ushize imbere yiwe	Aratwenga gatoya (agasiga)	Umutwengeye arakwishura nawe agatwenga
Ku mezi 3-4	Yari aryamye yubitse inda, arifatikiza amaboko akararamika umutwe	Aramenya ikintu yoba afise mu ntoki canke kiri hafi yiwe	Aratwenga Arahoha Rie	Aramenya ijwi rya nyina wiwe
Ku mezi 5-8	Yari aryamye agaramye arashobora kwihindukiza akubika inda	Ku mezi 7 afise ikintu mu kuboko arashobora kugishira mu kundi	Aravuga indome Da-Ba-Ka	Aza arafata ibintu abishira mu kanwa
Ku mezi 6-8	Ariyicarika wenyene	Yumvise ijwi canke urwamo arahindukira iyo bivugiyeye		Ijwi rya nyina wiwe ararimenya mu yandi majwi
Ku mezi 9-10	Yicara neza agororotse, Agenda yubitse inda hasi canke akavura Afise icyo yifadikiza arahagarara	Agendagenda yifadikije Arashobora kuguhereza ikintu	Umwana ashobora gusubiramwo indome zimwe zimwe nka Ma-Pa-Ta	Umwana arazi gusezera n'ukuboko, akamenya gukoma amashi anezerewe
Ku mezi 12	Umwana atifadikije	Umwana arashobora gufata ikiyiko hagati y'urukumu n'urukurikira	Umwana arazi kuvuga papa, mama	Mu gukina aza arafata ibintu hasi Aza arakubita ku meza
Ku mezi 18	Umwana atampungenge	Umwana akongera akirisha	Umwana aba atanguye kuvuga ayandi majambo	Umwana aba atanguye kwurira ku bintu

RECOMMANDATIONS SUR L'ALIMENTATION DE L'ENFANT EN BONNE SANTE

Jusqu'à 6 mois	De 6 mois à 12 mois	De 12 mois à 2 ans	2 ans et plus
 <ul style="list-style-type: none"> ◆ Allaiter au sein aussi souvent que l'enfant le réclame, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures. ◆ Ne pas donner d'autres aliments ou liquides sauf s'il y a une recommandation médicale. ◆ Le fait que bébé pleure ne veut pas dire nécessairement qu'il a faim. <p>Vérifier si ce ne sont pas des coliques physiologiques (kurumatwa) si âge inférieur à 3 mois.</p> <p>Essayer de les gérer sans recours aux Médicaments.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Si constipation ne faites pas de lavement. ◆ Essayer le massage abdominal ◆ +Un régime riche en fibres pour la mère (papaye, légumes) 	 <ul style="list-style-type: none"> ◆ Allaiter au sein aussi souvent que l'enfant le réclame. ◆ Donner des rations adéquates de: <ul style="list-style-type: none"> - Umusururu (bouillie de mélange de céréales et de légumineuses: sorgho, soja, maïs, blé) enrichie de lait. - Donner une fois par jour une collation de fruit (banane) ou jus de fruit. - Donner des ingrédients du plat familial non épicé: purée de pommes de terre, de patates douces, de bananes, des légumes (rengarenga avec poudre de ndagala, petits poissons, ou poudre d'arachide). - 3 fois par jour si allaitement au sein; - 5 fois par jour sans allaitement au sein. 	 <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ne le forcez pas à manger ! ◆ L'assister activement c'est-à-dire l'encourager et l'aider s'il le faut. ◆ Allaiter au sein aussi souvent que l'enfant le réclame. ◆ Donner des rations adéquates de: <ul style="list-style-type: none"> Umusururu enrichie de lait. Ou les aliments du repas familial, 5 fois par jour, comme pâte, riz, pomme de terre poisson, légumes, fruits de saison. 	 <ul style="list-style-type: none"> ◆ Donner les aliments du repas familial en 3 repas quotidiens. ◆ En plus, donner 2 fois par jour des aliments nutritifs entre les repas, (collation) comme: <ul style="list-style-type: none"> - le lait caillé (yaourt) - surtout des fruits (avocat, banane, mandarine, mangue).