

Région

Numéro d'ordre	Année

District ~~de~~ Sanitaire

Structure Sanitaire Centre de

GESTANTE

Nom.....Prénoms	
Age.....Profession.....	
Adresse.....	
.....	
Groupe	<input type="text"/>
Rh	<input type="text"/>

PARTENAIRE

Nom.....
Prénoms.....
Profession.....
Adresse.....
.....
.....
.....
Groupe Rh

ANTECEDENTS

MEDICAUX :

Maladie grave Oui Non

Si Oui,
laquelle.....

CHIRURGICAUX :

Opération Oui Non

Si Oui,
laquelle.....

GYNECOLOGIQUES :

Traitement d'infertilité Oui Non

Opération sur l'utérus Oui Non

Si Oui, laquelle.....

Opération sur les seins (cause).....
.....
.....

Si Césarienne, cause

GROSSESSE ACTUELLE

DDR

DPA

Taille

RESULTAT SELLES KOP :

.....
.....

**Femmes enceintes, faites-vous vacciner contre le tétanos dès votre première consultation.
Femmes enceintes, après l'accouchement vous devez continuer la série vaccinale jusqu' à finir les 5 doses**

N° d'ordre du registre PEV :	LOTS, DATE DE VACCINATION ET DUREE DE PROTECTION		
Doses Lots et dates de vaccination	Lots	Dates (JJ/MM/AAAA)	Durée de protection
VAT1			Pas de protection
VAT2			3ans
VAT3			5ans
VAT4			10 ans
VAT5			Protection à vie
AUTRES VACCINATIONS			

CONSULTATION PRENATALE

SIGNES DE DANGER A LA PREMIERE VISITE

DECISION

SI REFERENCE, LIEU

SUIVI DE GROSSESSE

Date	<input type="text"/>	AGE DE LA GROSSESSE	<input type="text"/>		
Poids	<input type="text"/>	TA	<input type="text"/>	Alb	<input type="text"/>
H.U	<input type="text"/>	BDCF	<input type="text"/>		

Mouvement Actif du fœtus	<input type="text"/>	Oedèmes	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------	---------	----------------------

PLAINTES.....

T.V.....

Signes de danger.....

.....

Examens complémentaires.....

Décision / Traitement.....

Rendez-vous

Nom et Prénoms du Prestataire.....Qualification.....

.....

SUIVI DE GROSSESSE

Date	<input type="text"/>	AGE DE LA GROSSESSE	<input type="text"/>		
Poids	<input type="text"/>	TA	<input type="text"/>	Alb	<input type="text"/>
H.U	<input type="text"/>	BDCF	<input type="text"/>		

Mouvement Actif du fœtus	<input type="text"/>	Oedèmes	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------	---------	----------------------

PLAINTES.....

T.V.....

Signes de danger.....

.....

Examens complémentaires.....

Décision / Traitement.....

Rendez-vous

Nom et Prénoms du Prestataire.....Qualification.....

.....

AUTRES AFFECTIONS / HOSPITALISATION

(à préciser : dates, motifs ou diagnostics, traitements, évolution)

H.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOUVEAU - NE

A terme

Prématuré

Vivant

Criant aussitôt

Mort - né

Durée

Réanimé en vain

1^{ère} Min

5^{ème} Min

10^{ème} Min

APGAR

Taille

Périmètre crânien

SEXE

M

F

POIDS

VACCINS :

BCG le :

Polio le :

CONSULTATION POST-NATALE DE LA MERE

PREMIERE VISITE (8è JOUR) :

Date

Etat général de la mère : Bon Passable Mauvais

Examen gynécologique

.....

.....

Diagnostic retenu

Décision/ traitement

.....

.....

.....

Counseling PF Oui Non

Méthode contraceptive adoptée

Nom et prénoms du prestataire.....

Qualification.....

CONSULTATION POST-NATALE DE LA MERE

DEUXIEME VISITE (6^{ème} SEMAINE) :

Date

Etat général de la mère : Bon Passable Mauvais

Examen gynécologique

.....

.....

Retour des couches Oui Non

Diagnostic retenu

Décision/ traitement

.....

.....

.....

Counseling PF Oui Non

Méthode contraceptive adoptée

Nom et prénoms du prestataire.....

Qualification.....

