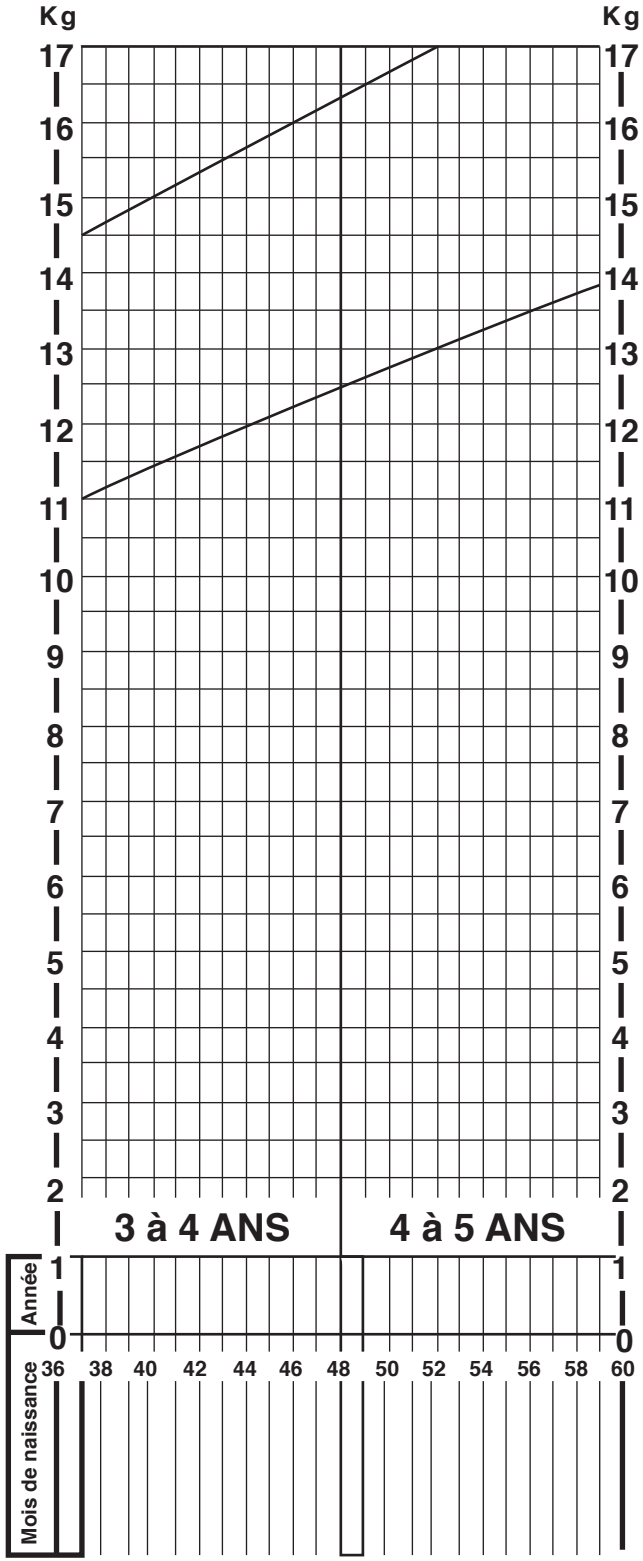


# GRAPHIQUE SANTÉ ENFANT

**CLINIQUE 1** **N°** . . . . . .

**CLINIQUE 2** **N°** . . . . . .

| | |
|---|---|
| **NOM DE L'ENFANT** | **FILLE** / **GARÇON** |
| **DATE DE NAISSANCE** jour mois année | **POIDS À LA NAISSANCE** |

| |
|---|
| **NOM DE LA MÈRE** |
| **PRESTATAIRE DE SOINS SI DIFFÉRENT DE LA MÈRE** |
| **NOM DU PÈRE** |
| **OÙ HABITE L'ENFANT ?** |

**Combien d'enfants a eu la mère ?**
**Combien sont vivants ?** **Combien sont décédés ?**

**REMISE DE CARTE ET ENSEIGNEMENT DE LA MÈRE PAR**

| *Posez les questions suivantes à la mère pour déterminer si l'enfant nécessite plus de soins (encerclez la réponse obtenue)* | | **PLUS DE SOINS** |
|---|---|---|
| Le bébé pesait-il moins de 2,5 kg à la naissance ? . . . . . | non | oui |
| S'agit-il d'un(e) jumeau/jumelle ? . . . . . | non | oui |
| L'enfant est-il nourri au biberon ? . . . . . | non | oui |
| Est-ce que la mère a besoin de plus de soutien familial ? . . | non | oui |
| Y a-t-il des frères ou des sœurs au poids insuffisant ? . . . . . | non | oui |
| Y a-t-il d'autres raisons pour donner plus de soins ? . . . . . | non | oui |

Par exemple – tuberculose ou lèpre ou problèmes sociaux

***Ne pas oublier de discuter d'espacement des naissances***

**Graphique conçu par TALC**

**TALC** **TALC P.O. BOX 49, ST. ALBANS AL1 5TX UK**
Tel: +44 (0) 1727 853869 Fax: +44 (0) 1727 846852
E-mail: info@talcuk.org Website: www.talcuk.org

Courbe de croissance selon Normes de croissance enfant 2006 de l'OMS
**Ligne supérieure : 50e percentile Garçons**
**Ligne inférieure : 3e percentile Filles**

| **LES VACCINATIONS** | | **DATE INJECTION** |
|---|---|---|
| **BCG** | | |
| **POLIO** | | 1RE DOSE |
| | | 2E DOSE |
| | | 3E DOSE |
| | | 4E DOSE |
| **DCT** | Diphtérie | 1RE DOSE |
| | Coqueluche | 2E DOSE |
| | Tétanos | 3E DOSE |
| **ROUGEOLE** | | |
| **ANATOXINE TÉTANIQUE DE LA MÈRE (OU UN RAPPEL)** | | 1RE DOSE |
| | | 2E DOSE |
| | | 3E DOSE |

**RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE**

| | **DATES** | | |
|---|---|---|---|
| **Formé** | | | |
| **Fait** | | | |

**Date de la visite** _____