

	Formulaire	
	PO06-FO0002 Carnet de santé de l'enfant	I.E. :1

Détails du document

Mat. Superviseur	Superviseur
000031	Lauriane Marie LE FLOUR

Historique de l'évolution du document

I.E.	Date	Justification de la MAJ
1	11/09/2017	Création

Liste des documents de renvoi

Code	Désignation	Type
------	-------------	------

Liste des rédacteurs

Nom\Prénom	Fonction	Signature	Date de Validation	Heure
Khadidjatou TOURE	Responsable Marketing & Communication		11/09/2017	00:00:00

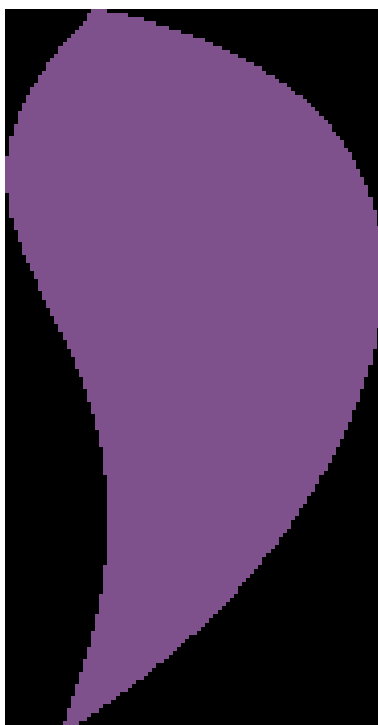
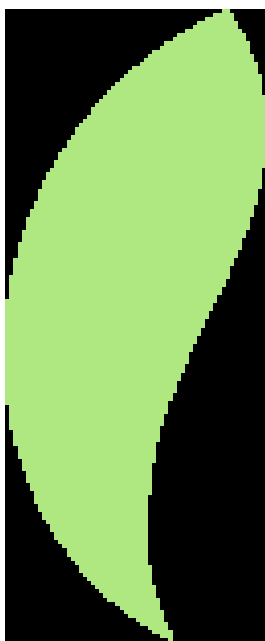
Liste des vérificateurs

Nom\Prénom	Fonction	Signature	Date de Validation	Heure
Lauriane Marie LE FLOUR	Directrice des Opérations		11/09/2017	00:00:00

Liste des approbateurs

Nom\Prénom	Fonction	Signature	Date de Validation	Heure
Khadidiatou NAKOULIMA	Présidente		11/09/2017	00:00:00

NEST



Carnet de santé de l'enfant

Dossier N° :

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, rendez-vous directement au plateau médical NEST où un pédiatre de garde y est présent 24h/24, 7j/7 :

Plateau médical NEST

546 HLM Grand Médine, Dakar

33 835 33 33 / 76 644 99 48

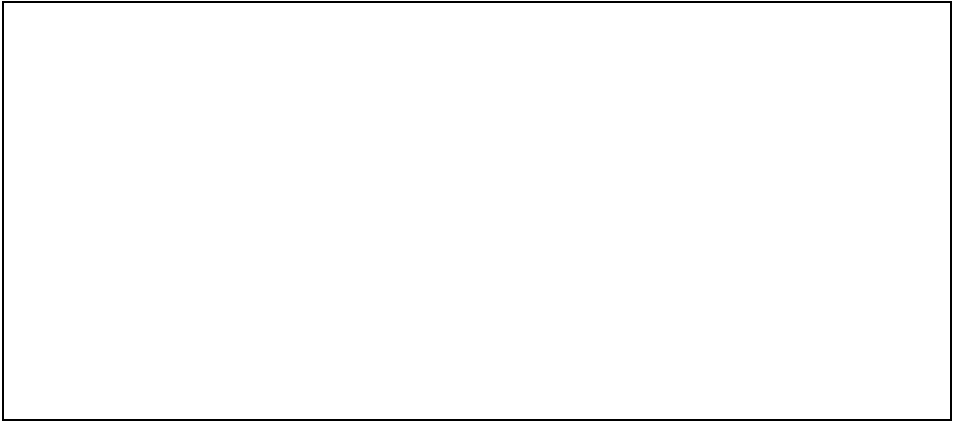
Vous pouvez également vous rapprocher de la clinique NEST après avoir appelé pour vérifier la présence d'un pédiatre :

Clinique NEST

64 Liberté 6 Extension VDN Nord, Dakar

33 867 58 58 / 76 504 73 42

CACHET DU MÉDECIN TRAITANT

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the doctor's stamp or signature.

IDENTITÉ

ENFANT

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

MÈRE

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

PROFESSION

TÉLÉPHONE

ADRESSE

PÈRE

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

PROFESSION

TÉLÉPHONE

ADRESSE

AVIS AUX PARENTS

Ce carnet de santé réunit tous les évènements qui concernent le suivi pédiatrique de votre enfant. Il constitue un lien entre les professionnels de la santé et votre enfant, afin d'assurer les meilleurs soins et le meilleur suivi possibles. Emportez toujours ce carnet lorsque vous allez chez le médecin, à l'hôpital ou encore en voyage.

RÉSUMÉ DE L'ACCOUCHEMENT

DATE HEURE

TERME

MÉDECIN ACCOUCHEUR

LIQUIDE AMNIOTIQUE CLAIR ☐

TEINTÉ ☐

MÉCONIAL ☐

MODE D'ACCOUCHEMENT VOIE BASSE ☐

CÉSARIENNE ☐

SI VOIE BASSE

DURÉE DU TRAVAIL

DURÉE DE L'EXPULSION

EXPULSION SPONTANÉE ☐

ASSISTÉE : VENTOUSE ☐

FORCEPS ☐

SI CÉSARIENNE

INDICATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

ENFANT

SEXE FÉMININ ☐ MASCULIN ☐

POIDS TAILLE

PC PB

PT

APGAR 1^{ère} MINUTE :

5^{ème} MINUTE :

RÉANIMATION OUI ☐ NON ☐

SI OUI, OXYGÈNE ☐ ASPIRATION ☐

AUTRES :

ANOMALIE OU MALFORMATION

.....

VITAMINE K1 ☐ COLLYRE ☐ AUTRES ☐

PARCOURS DU SUIVI PÉDIATRIQUE

Âge	Actes
M0	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M1	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M2	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M3	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M4	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M5	Consultation pédiatrique
M6	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M9	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M12	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M15	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M18	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M24	Consultation pédiatrique + Vaccinations
M30	Consultation pédiatrique
M36	Consultation pédiatrique

SUIVI DE LA NAISSANCE À 1 MOIS

ICTÈRE	OUI ☐
	NON ☐
DYSPNÉE	OUI ☐
	NON ☐
CYANOSE	OUI ☐
	NON ☐
RÉACTION AUX STIMULI SONORES	OUI ☐
	NON ☐
RECHERCHE DES OTOÉMISSIONS ACOUSTIQUES	OUI ☐
	NON ☐
VIGILANCE NORMALE	OUI ☐
	NON ☐
ÉTAT OCULAIRE NORMAL	OUI ☐
	NON ☐
SOUFFLE CARDIAQUE	OUI ☐
	NON ☐
FÉMORALES PERÇUES	OUI ☐
	NON ☐
RÉFLEXE PROTOMOTEUR	OUI ☐
	NON ☐

TONUS AXIAL OUI ☐

NON ☐

TONUS DES MEMBRES NORMAL OUI ☐

NON ☐

MOBILITÉ NORMALE OUI ☐

NON ☐

HANCHES

HÉPATOMÉGALIE OUI ☐

NON ☐

SPLÉNOMÉGALIE OUI ☐

NON ☐

HERNIE OUI ☐

NON ☐

SI OUI, PRÉCISER

FOSSES LOMBAIRES

ORGANES GÉNITAUX

AUTRES

ALIMENTATION ALLAITEMENT MATERNEL ☐

ALLAITEMENT ARTIFICIEL ☐

ALLAITEMENT MIXTE ☐

REMARQUES

.....

.....

SUIVI DE 1 MOIS À 4 MOIS

Date	Âge	T°	Poids	Taille	PC	PT

SUIVI DE 1 MOIS À 4 MOIS

Examen, diagnostic et traitement	Cachet et signature

SUIVI DE 4 MOIS À 6 MOIS

Date	Âge	T°	Poids	Taille	PC	PT

SUIVI DE 4 MOIS À 6 MOIS

Examen, diagnostic et traitement	Cachet et signature

SUIVI DE 6 MOIS À 8 MOIS

Date	Âge	T°	Poids	Taille	PC	PT

SUIVI DE 6 MOIS À 8 MOIS

Examen, diagnostic et traitement	Cachet et signature

SUIVI DE 8 MOIS À 12 MOIS

Date	Âge	T°	Poids	Taille	PC	PT

SUIVI DE 8 MOIS À 12 MOIS

Examen, diagnostic et traitement	Cachet et signature

SUIVI DE 12 MOIS À 24 MOIS

Date	Âge	T°	Poids	Taille	PC	PT

SUIVI DE 12 MOIS À 24 MOIS

Examen, diagnostic et traitement	Cachet et signature

SUIVI DE 24 MOIS À 36 MOIS

Date	Âge	T°	Poids	Taille	PC	PT

SUIVI DE 24 MOIS À 36 MOIS

Examen, diagnostic et traitement	Cachet et signature

SUIVI DE 36 MOIS À 48 MOIS

Date	Âge	T°	Poids	Taille	PC	PT

SUIVI DE 36 MOIS À 48 MOIS

Examen, diagnostic et traitement	Cachet et signature

SUIVI DE 48 MOIS À 60 MOIS

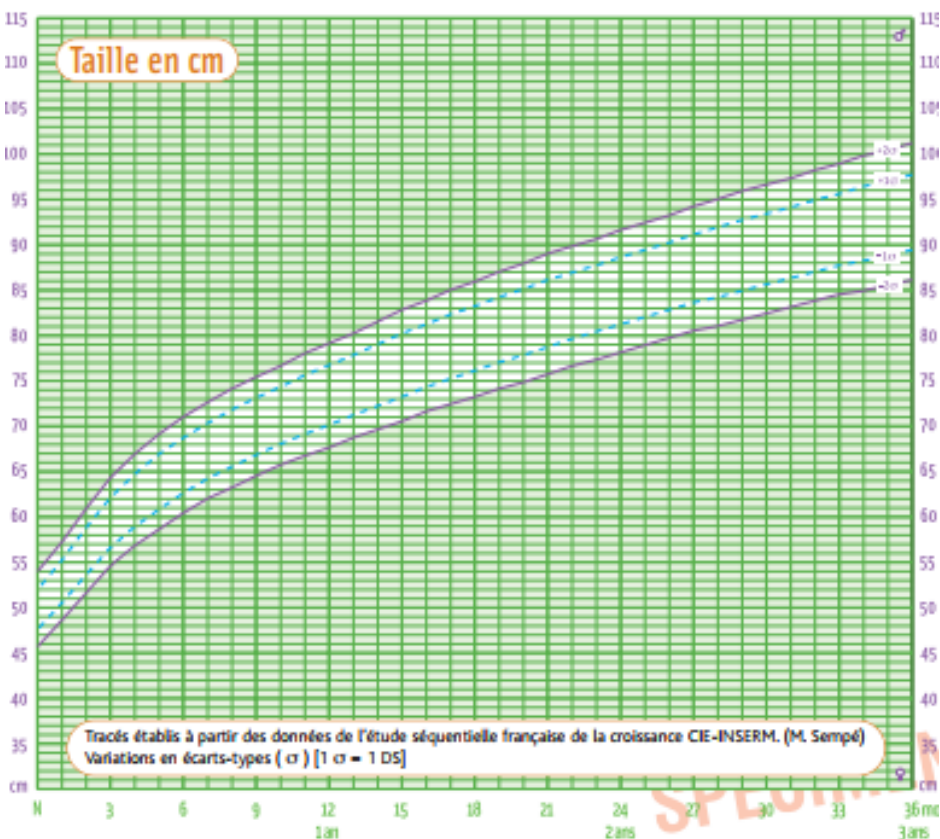
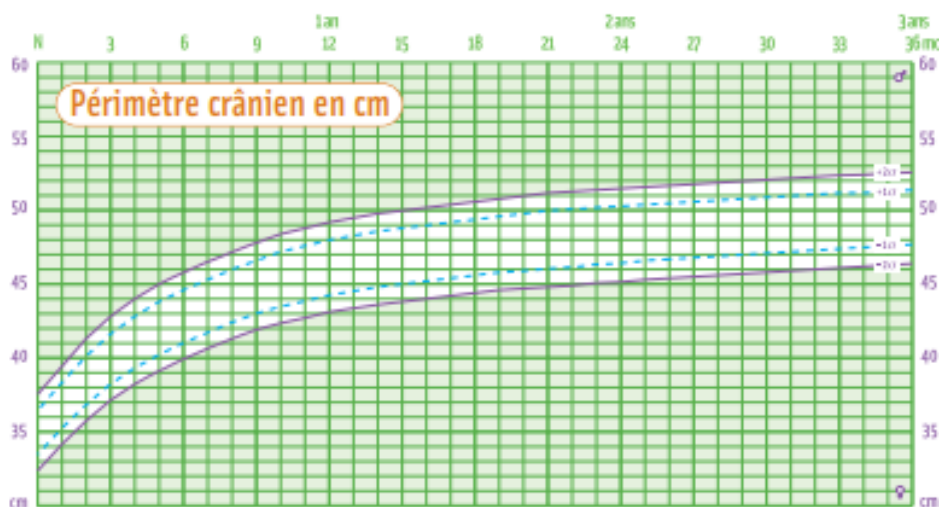
Date	Âge	T°	Poids	Taille	PC	PT

SUIVI DE 48 MOIS À 60 MOIS

Examen, diagnostic et traitement	Cachet et signature

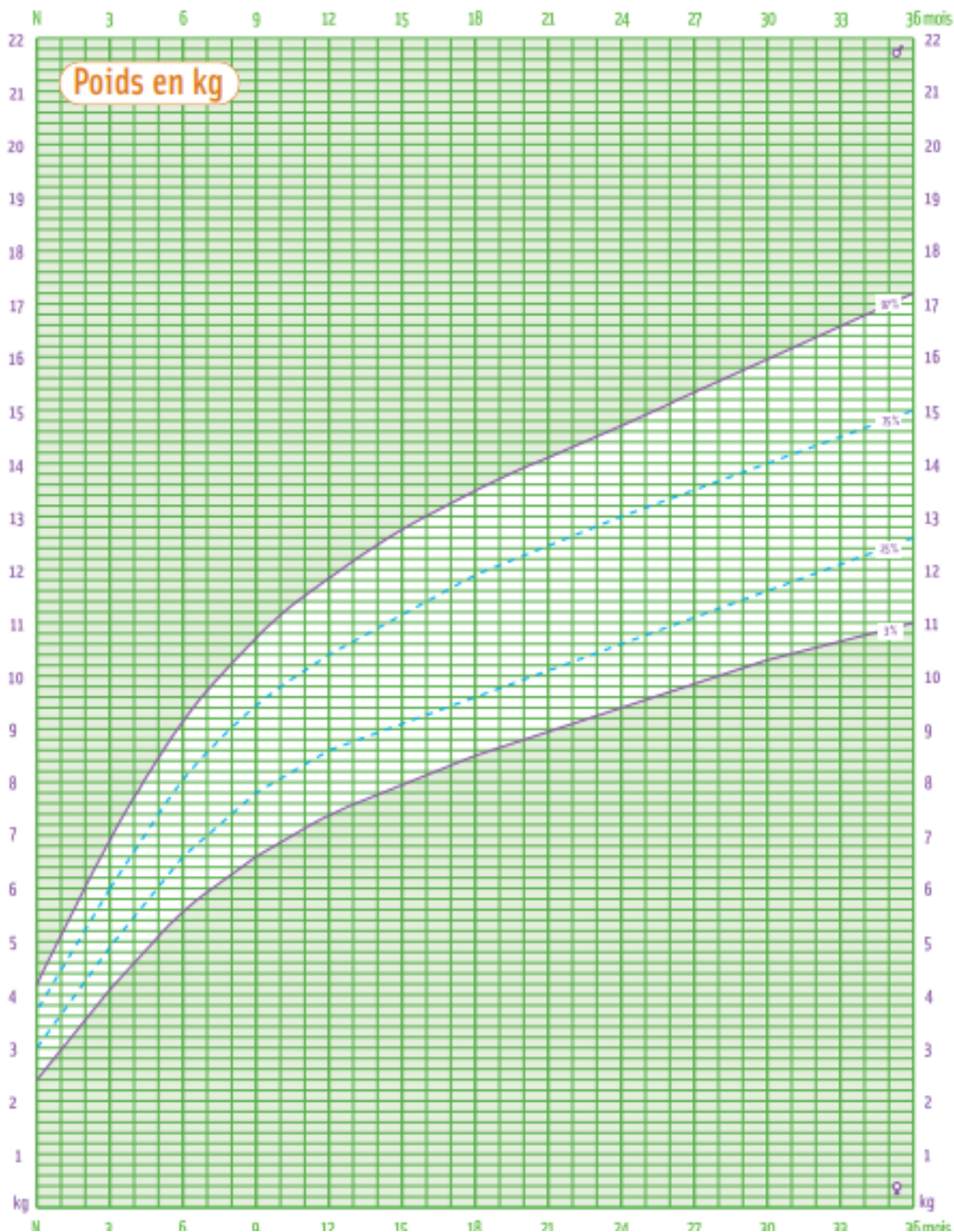
Courbes de croissance

Croissance des filles et des garçons de la

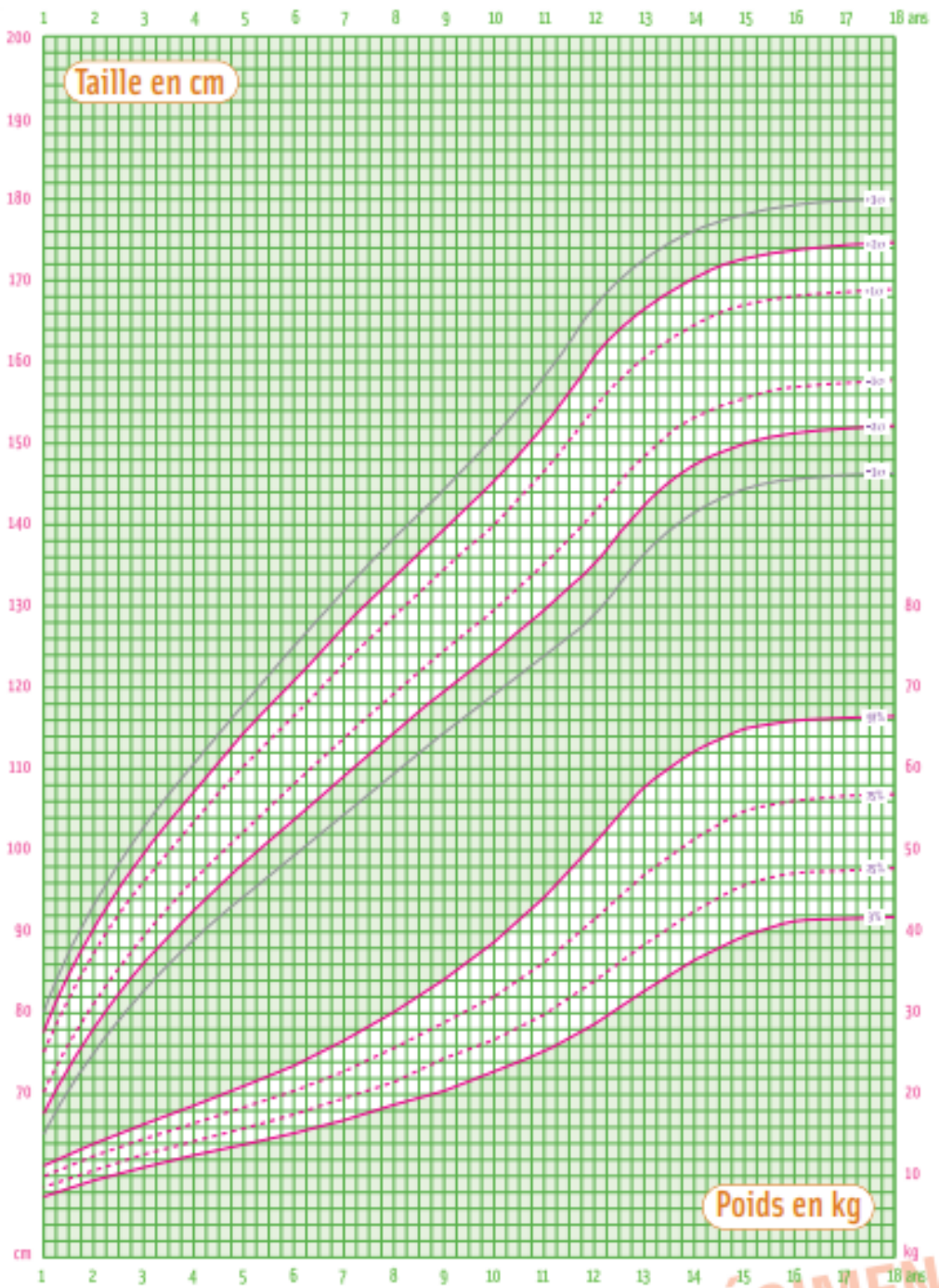


naissance à 3 ans

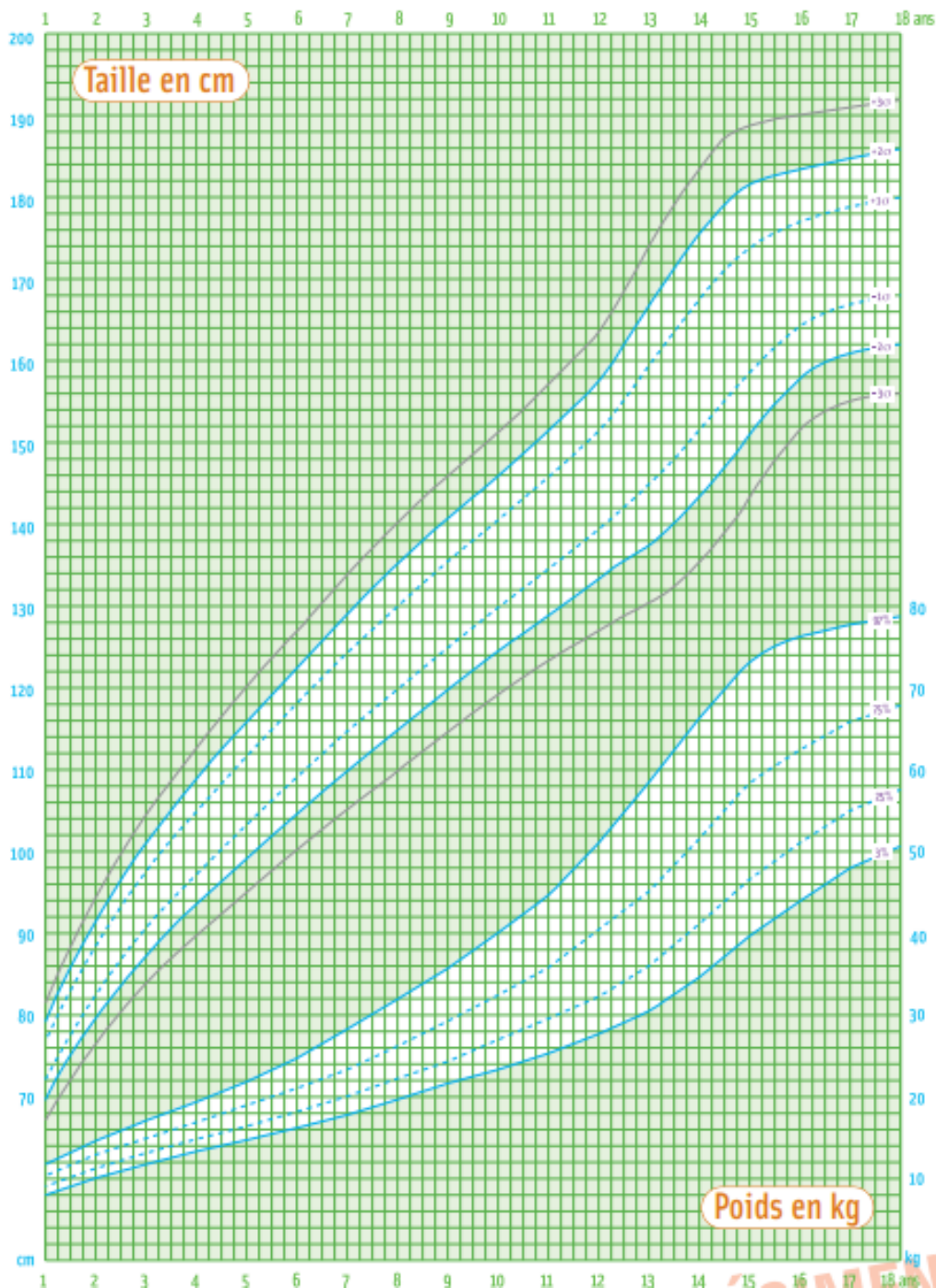
Croissance pondérale des filles et des garçons de



la naissance à 3 ans



Croissance des filles de 1 à 18 ans



Conseils nutritionnels

	1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois
Lait 	lait maternel exclusif ou « lait 1 ^{er} âge » exclusif **					
Produits laitiers 						Yaoourt
Fruits 						Tous : très mûrs
Légumes 						Tous : purée lisse
Pommes de terre 						Purée
Légumes secs 						
Farines infantiles (céréales) 						Sans gluten
Pain, produits céréaliers 						
Viandes, poissons 						
Œufs 						
M.G. ajoutées 						
Boissons 	Eau pure : proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur					
Sel 						
Produits sucrés ***** 						

** S'il existe dans votre famille un risque d'allergie, parlez-en à votre médecin avant toute diversification. / ** préparation pour nourrissons, préparation de suite et aliment lacté destiné aux enfants en bas âge.*

7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois	10 ^e mois	11 ^e mois	12 ^e mois	2 ^e année	3 ^e année
Lait maternel ou							
« Lait 2 ^e âge » 500 ml/j**						« Lait 2 ^e âge » ou « de croissance »**	
ou fromage blanc nature -----> Fromages							
ou cuits, mixés ; texture homogène, lisse ---> crus, écrasés***						en morceaux, à croquer***	
-----> petits morceaux***						écrasés, morceaux***	
lisse -----> petits morceaux***							
						15-18 mois : en purée***	
Avec gluten							
Pain, pâtes fines, semoule, riz***							
Tous, mixés : **** 10 g/j = 2 cuillers à café		Hachés : 20 g/j = 4 cuillers à café				30 g/j = 6 cuillers à café	
1/4 (dur)		1/3 (dur)				1/2	
Huile (olive, colza...) ou beurre (1 cuiller à café d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)							
Eau pure							
						Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table	
Sans urgence ; à limiter							

*** A adapter en fonction de la capacité de mastication et de déglutition, et de la tolérance digestive de l'enfant. **** Limiter les charcuteries. ***** Biscuits, bonbons...

Suivi vaccinal

CALENDRIER VACCINAL

Mois	Vaccins
M0	Tuberculose et Hépatite B
M1	Hépatite B
M2	DTCP-Hib, Pneumocoque et Rotavirus
M3	DTCP-Hib, Pneumocoque et Rotavirus
M4	DTCP-Hib et Pneumocoque
M6	Hépatite B
M9	Fièvre jaune et Rougeole-Oreillons-Rubéole
M12	Méningocoque
M15	Hépatite A, Rougeole-Oreillons-Rubéole et Méningocoque
M18	DTCP-Hib

M24	Hépatite A, Pneumocoque et Fièvre Typhoïde
5 ans	Hépatite B et DTCP

VACCINATION

TUBERCULOSE			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

HÉPATITE B			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

DIPHTÉRIE – TÉTANOS – COQUELUCHE – POLIOMYÉLITE – HIB			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

ROTAVIRUS			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

PNEUMOCOQUE			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

FIÈVRE JAUNE <i>(rappel tous les 10 ans)</i>			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

DIPHTÉRIE – TÉTANOS – COQUELUCHE – POLIOMYÉLITE			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

ROUGEOLE – OREILLONS – RUBÉOLE

DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

MÉNINGOCOQUE

DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

FIÈVRE TYPHOÏDE *(rappel tous les 3 ans)*

DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

HÉPATITE A			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

GRIPPE (<i>rappel tous les ans</i>)			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

REMARQUES

.....

.....

.....

AUTRES			
DATE	ÂGE	Méthode et origine du vaccin	CACHET

CONSEILS

QUAND FAUT-IL ALLER À LA PÉDIATRIE ?

- Pour la vaccination de votre enfant
- Pour un suivi santé nutrition
- Si votre enfant refuse de téter ou de manger
- Si votre enfant vomit ou a de la diarrhée
- Si votre enfant maigrit ou n'est pas en bonne santé
- Si votre enfant a de la fièvre

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez jamais à contacter ou à vous rendre dans l'une de nos deux structures.



 **NEST Clinique**
64 Liberté VI Nord Vdn
33 835 33 33



 **NEST Plateau médical**
546 HLM Grand Médiene
33 835 33 33