

# NEST



**Carnet de santé de la mère  
et de l'enfant**

Dossier N° (Mère) : .....

Dossier N° (Enfant) : .....

## **EN CAS D'URGENCE**

En cas d'urgence gynécologique ou obstétricale, veuillez-vous rendre directement à la clinique :

**Clinique NEST**

**64 Liberté 6 Extension VDN Nord, Dakar**

**33 867 58 58**

La sage-femme de garde vous examinera et préviendra votre gynécologue si nécessaire.

En cas d'urgence pédiatrique, 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**

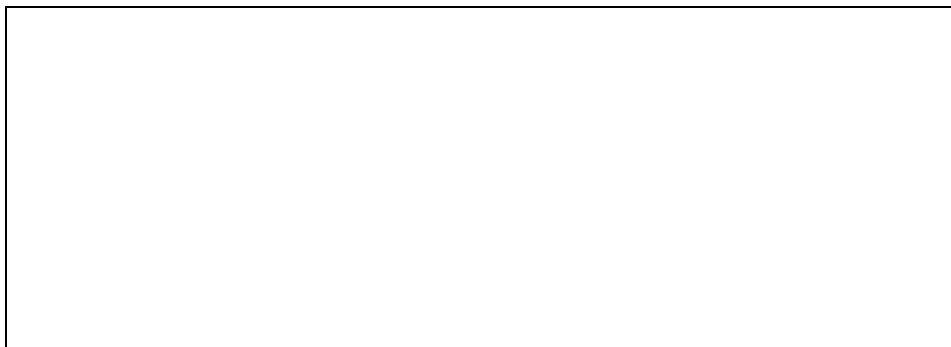
## **AVIS AUX PARENTS**

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

## **CACHET DU GYNÉCOLOGUE TRAITANT**



## **CACHET DU PÉDIATRE TRAITANT**



# IDENTITÉ

## MÈRE

NOM ..... PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

PROFESSION .....

TÉLÉPHONE .....

ADRESSE .....

## PÈRE

NOM ..... PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

PROFESSION .....

TÉLÉPHONE .....

ADRESSE .....

## ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

SEXE FÉMININ ☐ MASCULIN ☐

POIDS ..... TAILLE .....

APGAR 1<sup>ère</sup> MINUTE : .....

5<sup>ème</sup> MINUTE : .....

RÉANIMATION OXYGÈNE ☐ ASPIRATION ☐

AUTRES : .....

ANOMALIE OU MALFORMATION .....

.....

VITAMINE ☐ COLLYRE ☐ AUTRES ☐

# LES ANTÉCÉDENTS

## LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

ALLERGIES ☐

HYPERTENSION ☐

DIABÈTE ☐

DRÉPANOCYTOSE ☐

AUTRES .....

.....

## LES ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

GYNÉCOLOGIQUES .....

AUTRES .....

.....

## LES ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

INFERTILITÉ ☐

CONTRACEPTION ☐

AUTRES .....

.....

## LES ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

| Date | Grossesse | Accouchement | Enfant | Remarques |
|------|-----------|--------------|--------|-----------|
|      |           |              |        |           |

# PARCOURS DU SUIVI DE GROSSESSE

## SUIVI PRÉNATAL

| En semaines depuis les dernières règles | Actes                                                                                                            |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                       | Consultation + bilan prénatal                                                                                    |
| 12                                      | 1 <sup>ère</sup> consultation prénatale +<br>Échographie de 1 <sup>er</sup> trimestre : datation et localisation |
| 16                                      | 2 <sup>ème</sup> consultation prénatale                                                                          |
| 20/22                                   | 3 <sup>ème</sup> consultation prénatale +<br>Échographie de 2 <sup>ème</sup> trimestre : morphologie fœtale      |
| 26/28                                   | 4 <sup>ème</sup> consultation prénatale                                                                          |
| 32                                      | 5 <sup>ème</sup> consultation prénatale +<br>Échographie de 3 <sup>ème</sup> trimestre : biométrie               |
| 36                                      | 6 <sup>ème</sup> consultation prénatale                                                                          |
| 40                                      | 7 <sup>ème</sup> consultation prénatale ( <i>si pas d'accouchement</i> )                                         |

## SUUI POST-NATAL

| En jours après l'accouchement | Actes                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------------|
| J10                           | 1 <sup>ère</sup> consultation post-natale |
| J40                           | 2 <sup>ème</sup> consultation post-natale |

# BILAN PRÉNATAL

GS Rh ..... RAI .....

NFS ..... HB .....

TEST D'EMMEL ..... / .....

TPHA/VDRL .....

GLYCÉMIE .....

O SULLIVAN      T0.....

                    T1.....

                    T2.....

## SÉROLOGIE

### TOXOPLASMOSE

DATE ..... RSTS .....

### RUBÉOLE

DATE ..... RSTS .....

### SRV

DATE ..... RSTS .....

### AG HBS

DATE ..... RSTS .....

## AUTRES

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

**VACCINATION**

| VAT          | DATE | LOT | RENDEZ-VOUS |
|--------------|------|-----|-------------|
| VAT 1<br>M0  |      |     |             |
| VAT 2<br>M1  |      |     |             |
| VAT 3<br>M6  |      |     |             |
| VAT 4<br>M12 |      |     |             |
| VAT 5<br>M12 |      |     |             |

Le respect de ce calendrier vaccinal vous permettra d’avoir une immunisation contre le tétanos durant toute votre vie.

**PRÉVENTION CONTRE LE PALUDISME AVEC DE LA SULFADOXINE PYRIMETHAMINE**

1<sup>ère</sup> dose le .....  
2<sup>ème</sup> dose le.....  
3<sup>ème</sup> dose le .....

# PREMIÈRE CONSULTATION PRÉNATALE

DATE ..... DDR .....

SA ..... DPA .....

## LES PLAINTES

VOMISSEMENTS      ☐      VERTIGES      ☐      DAP      ☐

MÉTRORRAGIES      ☐      LEUCORRHÉES      ☐      AUTRES      ☐

ÉTAT GÉNÉRAL .....

MUQUEUSES .....

CEDÈMES .....

ABDOMEN .....

SEINS .....

HU .....

TV .....

## CONSTANTES

POIDS ..... TAILLE .....

TA ..... POULS .....

## URINES

ALB ..... SUCRE .....

TRAITEMENT .....

.....

.....

RDV .....

# DEUXIÈME CONSULTATION PRÉNATALE

DATE ..... SA .....

## LES PLAINTES

VOMISSEMENTS ☐ VERTIGES ☐ DAP ☐

MÉTRORRAGIES ☐ LEUCORRHÉES ☐ AUTRES ☐

ÉTAT GÉNÉRAL .....

MUQUEUSES .....

CEDÈMES .....

ABDOMEN .....

SEINS .....

BDC ..... HU.....

MAF .....

TV .....

## CONSTANTES

POIDS .....

TA ..... POULS .....

## URINES

ALB ..... SUCRE .....

TRAITEMENT .....

.....

.....

RDV .....

# TROISIÈME CONSULTATION PRÉNATALE

DATE ..... SA .....

## LES PLAINTES

VOMISSEMENTS ☐ VERTIGES ☐ DAP ☐

MÉTRORRAGIES ☐ LEUCORRHÉES ☐ AUTRES ☐

ÉTAT GÉNÉRAL .....

MUQUEUSES .....

CEDÈMES .....

ABDOMEN .....

SEINS .....

BDC ..... HU.....

MAF .....

TV .....

## CONSTANTES

POIDS .....

TA ..... POULS .....

## URINES

ALB ..... SUCRE .....

TRAITEMENT .....

.....

.....

RDV .....

# QUATRIÈME CONSULTATION PRÉNATALE

DATE ..... SA .....

## LES PLAINTES

VOMISSEMENTS ☐ VERTIGES ☐ DAP ☐

MÉTRORRAGIES ☐ LEUCORRHÉES ☐ AUTRES ☐

ÉTAT GÉNÉRAL .....

MUQUEUSES .....

CEDÈMES .....

ABDOMEN .....

SEINS .....

BDC ..... HU.....

MAF .....

TV .....

## CONSTANTES

POIDS .....

TA ..... POULS .....

## URINES

ALB ..... SUCRE .....

TRAITEMENT .....

.....

.....

RDV .....

# CINQUIÈME CONSULTATION PRÉNATALE

DATE ..... SA .....

## LES PLAINTES

VOMISSEMENTS ☐ VERTIGES ☐ DAP ☐

MÉTRORRAGIES ☐ LEUCORRHÉES ☐ AUTRES ☐

ÉTAT GÉNÉRAL .....

MUQUEUSES .....

CEDÈMES .....

ABDOMEN .....

SEINS .....

BDC ..... HU.....

MAF .....

TV .....

## CONSTANTES

POIDS .....

TA ..... POULS .....

## URINES

ALB ..... SUCRE .....

TRAITEMENT .....

.....

.....

RDV .....

# SIXIÈME CONSULTATION PRÉNATALE

DATE ..... SA .....

## LES PLAINTES

VOMISSEMENTS ☐ VERTIGES ☐ DAP ☐

MÉTRORRAGIES ☐ LEUCORRHÉES ☐ AUTRES ☐

ÉTAT GÉNÉRAL .....

MUQUEUSES .....

CEDÈMES .....

ABDOMEN .....

SEINS .....

BDC ..... HU.....

MAF .....

TV .....

## CONSTANTES

POIDS .....

TA ..... POULS .....

## URINES

ALB ..... SUCRE .....

TRAITEMENT .....

.....

.....

RDV .....

# SEPTIÈME CONSULTATION PRÉNATALE

*SI PAS D'ACCOUCHEMENT*

DATE ..... SA .....

## LES PLAINTES

VOMISSEMENTS ☐ VERTIGES ☐ DAP ☐

MÉTRORRAGIES ☐ LEUCORRHÉES ☐ AUTRES ☐

ÉTAT GÉNÉRAL .....

MUQUEUSES .....

CEDÈMES .....

ABDOMEN .....

SEINS .....

BDC ..... HU.....

MAF .....

TV .....

BASSIN .....

## CONSTANTES

POIDS .....

TA ..... POULS .....

## URINES

ALB ..... SUCRE .....

TRAITEMENT .....

.....

RDV .....

# ACCOUCHEMENT

DATE ..... HEURE .....

TERME .....

MÉDECIN ACCOUCHEUR .....

SYNTOCINON OUI ☐

NON ☐

DÉBUT DU TRAVAIL SPONTANÉ ☐

PROVOQUÉ ☐

POCHE DES EAUX INTACTE ☐

ROMPUE ☐

LE ..... A .....

LIQUIDE AMNIOTIQUE CLAIR ☐

TEINTÉ ☐

MÉCONIAL ☐

MONITORAGE DU CŒUR FŒTAL OUI ☐

NON ☐

PRÉSENTATION CÉPHALIQUE ☐

SIÈGE ☐

AUTRES ☐

MODE D'ACCOUCHEMENT VOIE BASSE ☐

CÉSARIENNE ☐

**SI VOIE BASSE**

DURÉE DU TRAVAIL .....

DURÉE DE L'EXPULSION .....

|           |            |                          |
|-----------|------------|--------------------------|
| EXPULSION | SPONTANÉE  | <input type="checkbox"/> |
|           | ASSISTÉE : |                          |
|           | VENTOUSE   | <input type="checkbox"/> |
|           | FORCEPS    | <input type="checkbox"/> |

**SI CÉSARIENNE**

INDICATIONS .....

.....

.....

.....

|                  |                      |                          |
|------------------|----------------------|--------------------------|
| DÉLIVRANCE       | GATPA                | <input type="checkbox"/> |
|                  | NATURELLE            | <input type="checkbox"/> |
|                  | ARTIFICIELE          | <input type="checkbox"/> |
| RÉVISION UTÉRINE | OUI                  | <input type="checkbox"/> |
|                  | NON                  | <input type="checkbox"/> |
| PERINÉE          | INTACT               | <input type="checkbox"/> |
|                  | ÉPISIOTOMIE          | <input type="checkbox"/> |
|                  | DÉCHIRURE SIMPLE     | <input type="checkbox"/> |
|                  | DÉCHIRURE COMPLIQUÉE | <input type="checkbox"/> |
| ANESTHÉSIE       | PÉRIDURALE           | <input type="checkbox"/> |
|                  | RACHIS-ANESTHÉSIE    | <input type="checkbox"/> |
|                  | GÉNÉRALE             | <input type="checkbox"/> |

## SORTIE DE MATERNITE

SORTIE LE ..... A .....

POIDS DE SORTIE .....

SUITES DE COUCHES                      SIMPLES                      ☐

COMPLIQUÉES                      ☐

ALLAITEMENT                      MATERNEL                      ☐

ARTIFICIEL                      ☐

MIXTE                      ☐

SÉRUM ANTI-D                      ☐

### TRAITEMENT DE SORTIE

CHEZ LA MÈRE .....

.....

.....

.....

.....

.....

CHEZ L'ENFANT .....

.....

.....

.....

.....

.....

## CONSULTATIONS POST-NATALES

| <b>DATES</b> | <b>OBERVATIONS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>J10</b>   | <div>POIDS ..... TA .....</div> <div>PERINÉE .....</div> <div>.....</div> <div>LOCHIES .....</div> <div>.....</div> <div>CICATRICE CÉSARIENNE .....</div> <div>.....</div> <div><b>RDV</b> .....</div>                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>J40</b>   | <div>POIDS ..... TA .....</div> <div> <div>RETOUR DE COUCHES      OUI      <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;">NON      <input type="checkbox"/></div> </div> <div> <div>CONTRACEPTION      OUI      <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;">NON      <input type="checkbox"/></div> </div> <div>LAQUELLE ? .....</div> <div>.....</div> <div><b>RDV</b> .....</div> |



BP : 82 002 Yoff - Diamalaye  
Tél : 33 835 33 33 / 33 867 58 58  
La Direction

## CERTIFICAT DE GROSSESSE

Je soussigné(e) .....  
certifie que Madame .....  
est actuellement enceinte de ..... mois ..... semaines.  
Elle a subi tous les examens prévus par la loi.  
Date des congés de maternité .....  
Date probable de l'accouchement .....

Fait à Dakar, le.....

Signature et cachet du médecin



# ÉCHOGRAPHIE DE PREMIER TRIMESTRE

## *DATATION ET LOCALISATION*

DATE .....

MÉDECIN .....

DDR ..... DDG .....

### **EMBRYON(S)**

NOMBRE .....

|                         | <b>JA</b> | <b>JB</b> |
|-------------------------|-----------|-----------|
| MOUVEMENTS<br>SPONTANÉS |           |           |
| ACTIVITÉ<br>CARDIAQUE   |           |           |

### **BIOMÉTRIE**

|       |       | <b>JA</b> | <b>JB</b> |
|-------|-------|-----------|-----------|
| BIP   | En mm |           |           |
|       | SA    |           |           |
| LCC   | En mm |           |           |
|       | SA    |           |           |
| Nuque | En mm |           |           |
| DPA   |       |           |           |

**EXAMEN**

|                                           | JA | JB |
|-------------------------------------------|----|----|
| CONTOURS DE LA<br>BOÎTE CRANIENNE         |    |    |
| LIGNE MÉDIANE                             |    |    |
| PAROI ABDOMINALE<br>ANTÉRIEURE            |    |    |
| PRÉSENCE DE 4<br>MEMBRES DE 3<br>SEGMENTS |    |    |
| TROPHOBLASTE OU<br>PLACENTA               |    |    |

VOLUME DE LA .....

**PELVIS EXTRA-UTERIN**

MASSE ANNEXIELLE INHABITUELLE

OUI☐

NON☐

SI OUI, DESCRIPTION .....

.....

**CONCLUSION** .....

.....

.....

# ÉCHOGRAPHIE DE DEUXIÈME TRIMESTRE

## MORPHOLOGIE FŒTALE

DATE .....

MÉDECIN .....

DDR ..... TERME THÉORIQUE .....

### FŒTUS

NOMBRE .....

|                      | JA | JB |
|----------------------|----|----|
| MOUVEMENTS SPONTANÉS |    |    |
| ACTIVITÉ CARDIAQUE   |    |    |
| SEXE                 |    |    |

### BIOMÉTRIE

|     |       | JA | JB |
|-----|-------|----|----|
| BIP | En mm |    |    |
|     | SA    |    |    |
| PC  | En mm |    |    |
|     | SA    |    |    |
| PA  | En mm |    |    |
|     | SA    |    |    |

|                                                     |       |  |  |
|-----------------------------------------------------|-------|--|--|
| LF                                                  | En mm |  |  |
|                                                     | SA    |  |  |
| ESTIMATION<br>DU POIDS<br>FŒTAL<br>(en g $\pm$ 10%) |       |  |  |

**EXAMEN**

|                                              | JA | JB |
|----------------------------------------------|----|----|
| CONTOURS DE LA<br>BOÎTE CRANIENNE            |    |    |
| VENTRICULES<br>LATÉRAUX                      |    |    |
| LIGNE MÉDIANE                                |    |    |
| PRÉSENCE DU CAVUM<br>DU SPETUM<br>PELLUCIDUM |    |    |
| FOSSE POSTÉRIEURE<br>ET CERVELET             |    |    |
| CONTINUITÉ DE LA<br>LÈVRE SUPÉRIEURE         |    |    |
| PROFIL FŒTAL                                 |    |    |
| POUMONS                                      |    |    |
| POSITION DU CŒUR                             |    |    |
| 4 CAVITÉS<br>CARDIAQUES                      |    |    |

|                                                |  |  |
|------------------------------------------------|--|--|
| ÉQUILIBRE DES<br>CAVITÉS                       |  |  |
| POSITION ET ASPECT<br>DES GROS VAISSEAUX       |  |  |
| POSITION ET ASPECT<br>DE L'ESTOMAC             |  |  |
| ANSES<br>INTESTINALES                          |  |  |
| PAROI ABDOMINALE<br>ANTÉRIEURE                 |  |  |
| POSITION ET ASPECT<br>DE LA VESSIE             |  |  |
| POSITION ET ASPECT<br>DES REINS                |  |  |
| RACHIS                                         |  |  |
| PRÉSENCE DE 4<br>MEMBRES                       |  |  |
| PRÉSENCE DES 3<br>SEGMENTS DE<br>CHAQUE MEMBRE |  |  |

ASPECT DU PLACENTA .....

LOCALISATION DU PLACENTA .....

VOLUME DE LA .....

**CONCLUSION** .....

.....

.....

# ÉCHOGRAPHIE DE TROISIÈME TRIMESTRE

## BIOMÉTRIE

DATE .....

MÉDECIN .....

DDR ..... TERME THÉORIQUE .....

### FŒTUS

NOMBRE .....

|                         | JA | JB |
|-------------------------|----|----|
| PRÉSENTATION            |    |    |
| DOS                     |    |    |
| MOUVEMENTS<br>SPONTANÉS |    |    |
| ACTIVITÉ<br>CARDIAQUE   |    |    |
| SEXE                    |    |    |

### BIOMÉTRIE

|     |       | JA | JB |
|-----|-------|----|----|
| BIP | En mm |    |    |
|     | SA    |    |    |
| PC  | En mm |    |    |
|     | SA    |    |    |

|                                                     |       |  |  |
|-----------------------------------------------------|-------|--|--|
| PA                                                  | En mm |  |  |
|                                                     | SA    |  |  |
| LF                                                  | En mm |  |  |
|                                                     | SA    |  |  |
| ESTIMATION<br>DU POIDS<br>FŒTAL<br>(en g $\pm$ 10%) |       |  |  |

**EXAMEN**

|                                              | JA | JB |
|----------------------------------------------|----|----|
| CONTOURS DE LA<br>BOÎTE CRANIENNE            |    |    |
| VENTRICULES<br>LATÉRAUX                      |    |    |
| LIGNE MÉDIANE                                |    |    |
| PRÉSENCE DU CAVUM<br>DU SPETUM<br>PELLUCIDUM |    |    |
| FOSSE POSTÉRIEURE<br>ET CERVELET             |    |    |
| POUMONS                                      |    |    |

|                                          |  |  |
|------------------------------------------|--|--|
| 4 CAVITÉS<br>CARDIAQUES                  |  |  |
| ÉQUILIBRE DES<br>CAVITÉS                 |  |  |
| POSITION ET ASPECT<br>DES GROS VAISSEAUX |  |  |
| POSITION ET ASPECT<br>DE L'ESTOMAC       |  |  |
| PAROI ABDOMINALE<br>ANTÉRIEURE           |  |  |
| POSITION ET ASPECT<br>DE LA VESSIE       |  |  |
| POSITION ET ASPECT<br>DES REINS          |  |  |
| RACHIS                                   |  |  |
| DOPPLER AO                               |  |  |
| DOPPLER ACM                              |  |  |

ASPECT DU PLACENTA .....

LOCALISATION DU PLACENTA .....

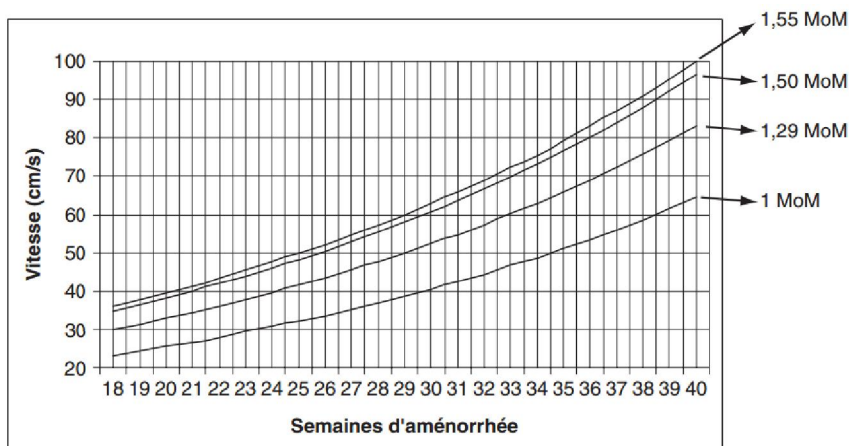
VOLUME DE LA .....

**CONCLUSION** .....

.....

L'échographie ne détecte que 70% des malformations fœtales

## COURBE DU PSV AU NIVEAU DE L'ACM



1 MoM = médiane ; 1,29 MoM = anémie légère ; 1,50 MoM = anémie modérée ; 1,55 MoM = anémie sévère

## FACTEUR MULTIPLICATIF DU RISQUE DE TRISOMIE 21 EN FONCTION DE LA CN ET DE LA LCC (mm)

|     | LCC  |     |      |     |      |      |      |      |
|-----|------|-----|------|-----|------|------|------|------|
| CN  | 45   | 50  | 55   | 60  | 65   | 70   | 75   | 80   |
| 1,3 | 0,25 | 0,2 | 0,2  | 0,2 | 0,17 | 0,17 | 0,17 | 0,17 |
| 1,5 | 0,4  | 0,3 | 0,25 | 0,2 | 0,2  | 0,2  | 0,17 | 0,17 |
| 1,7 | 0,75 | 0,5 | 0,35 | 0,3 | 0,25 | 0,2  | 0,2  | 0,2  |
| 1,9 | 1,4  | 0,9 | 0,6  | 0,4 | 0,35 | 0,3  | 0,25 | 0,2  |
| 2,1 | 2,7  | 1,6 | 1    | 0,7 | 0,5  | 0,4  | 0,35 | 0,3  |
| 2,3 | 5,3  | 2,8 | 1,7  | 1,1 | 0,8  | 0,6  | 0,5  | 0,4  |
| 2,5 | 10   | 5,3 | 3    | 1,8 | 1,2  | 0,9  | 0,7  | 0,6  |
| 2,7 | 20   | 10  | 5,3  | 3,2 | 2    | 1,5  | 1    | 0,8  |
| 2,9 | 40   | 20  | 10   | 5,5 | 3,4  | 2,3  | 1,6  | 1,2  |
| 3,1 | 85   | 35  | 17   | 10  | 5,7  | 3,6  | 2,6  | 1,9  |
| 3,3 | 85   | 70  | 32   | 16  | 10   | 6    | 4,1  | 3    |
| 3,5 | 85   | 85  | 55   | 28  | 16   | 10   | 6,5  | 5    |
| 3,7 | 85   | 85  | 85   | 49  | 27   | 16   | 10   | 7    |
| 3,9 | 85   | 85  | 85   | 85  | 45   | 26   | 16   | 11   |
| 4,1 | 85   | 85  | 85   | 85  | 75   | 41   | 26   | 17   |
| 4,3 | 85   | 85  | 85   | 85  | 85   | 69   | 41   | 27   |

# Suivi de l'enfant

# 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 <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |
| DYSPNÉE                                | OUI <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |
| CYANOSE                                | OUI <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |
| RÉACTION AUX STIMULI SONORES           | OUI <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |
| RECHERCHE DES OTOÉMISSIONS ACOUSTIQUES | OUI <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |
| VIGILANCE NORMALE                      | OUI <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |
| ÉTAT OCULAIRE NORMAL                   | OUI <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |
| SOUFFLE CARDIAQUE                      | OUI <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |
| FÉMORALES PERÇUES                      | OUI <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |
| RÉFLEXE PROTOMOTEUR                    | OUI <input type="checkbox"/> |
|                                        | NON <input type="checkbox"/> |

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 |
|----------------------------------|---------------------|
|                                  |                     |

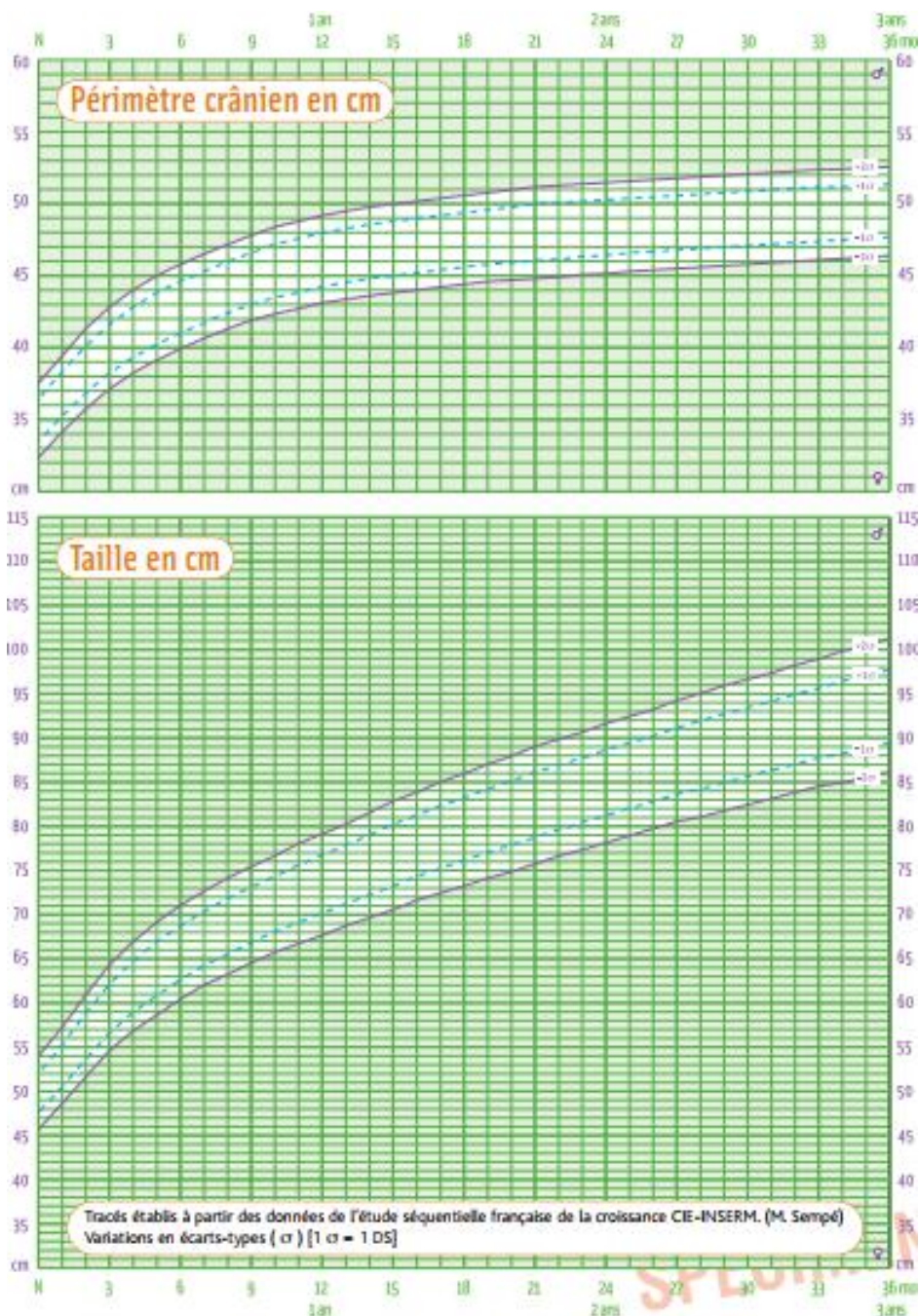
**SUIVI DE 48 MOIS À 60 MOIS**

| Date | Âge | T° | Poids | Taille | PC | PT |
|------|-----|----|-------|--------|----|----|
|      |     |    |       |        |    |    |

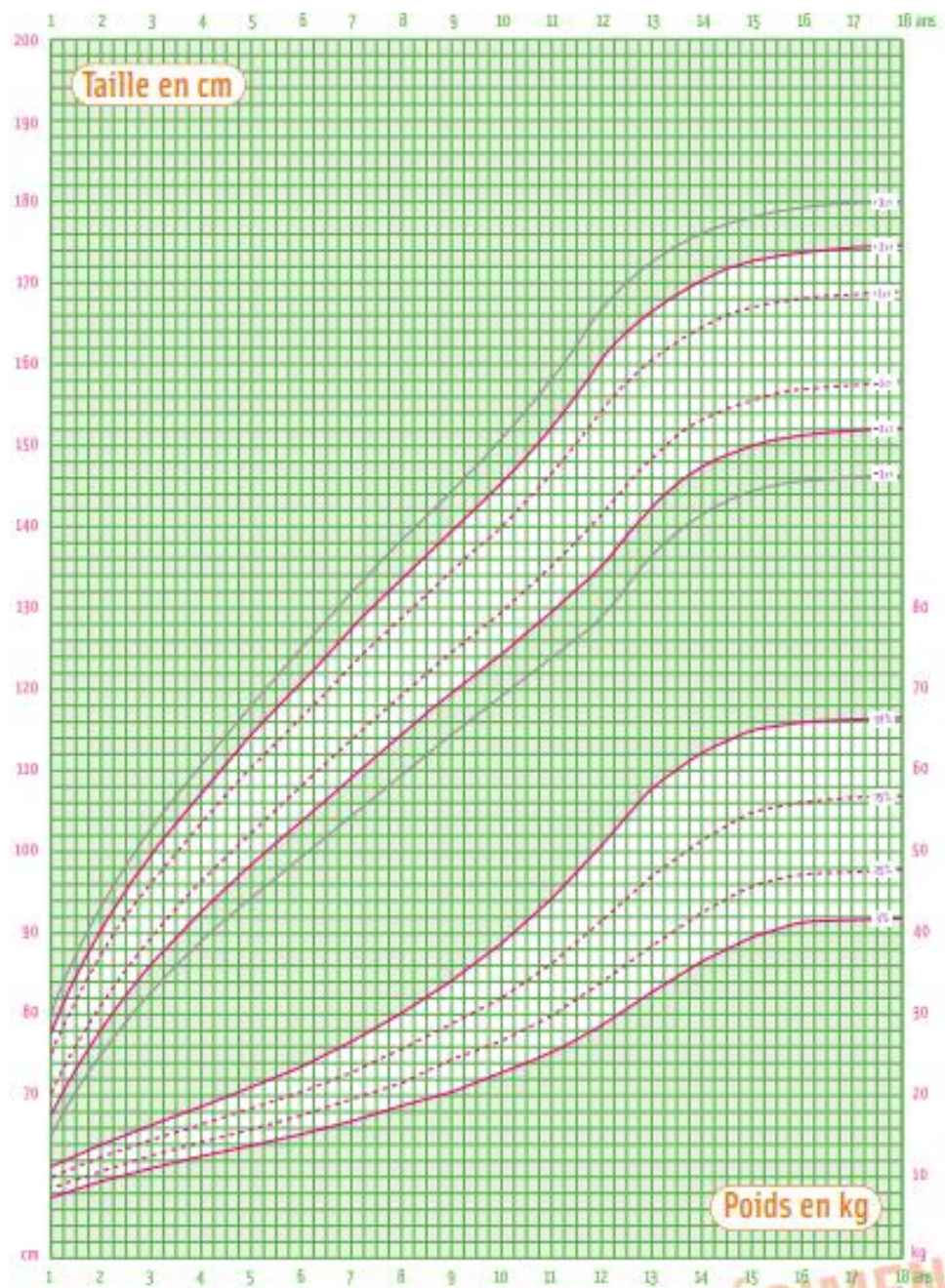
**SUIVI DE 48 MOIS À 60 MOIS**

| Examen, diagnostic et traitement | Cachet et signature |
|----------------------------------|---------------------|
|                                  |                     |

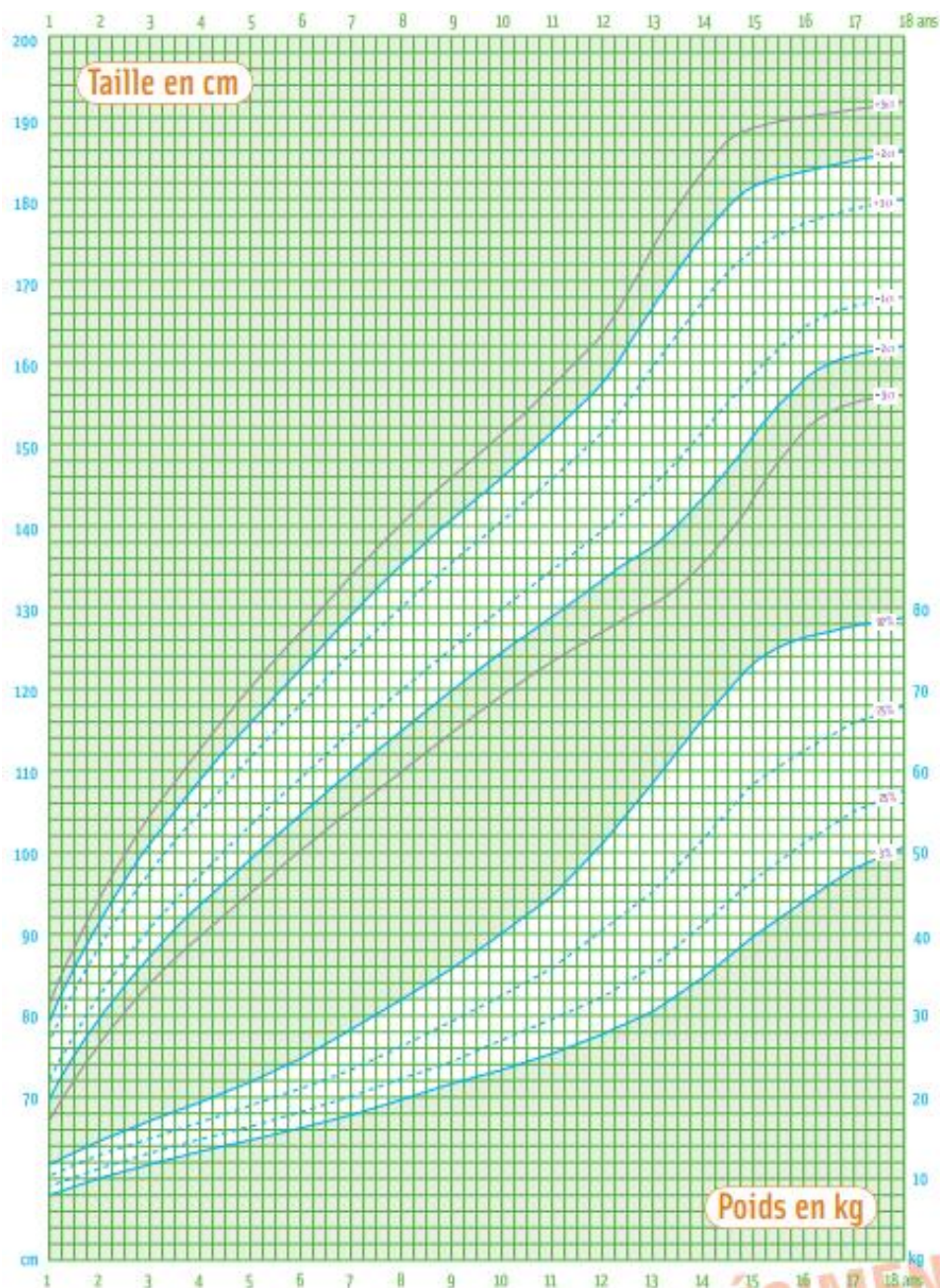
# Croissance des filles et des garçons de la naissance à 3 ans



# Croissance des filles de 1 à 18 ans



# Croissance des garçons de 1 à 18 ans



# Conseils nutritionnels

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

*\* 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.*

| Pas de consommation                                                                           |                     | Début de consommation possible          |                      |                      | Début de consommation recommandée |                                                       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|
| 7 <sup>e</sup> mois                                                                           | 8 <sup>e</sup> mois | 9 <sup>e</sup> mois                     | 10 <sup>e</sup> mois | 11 <sup>e</sup> mois | 12 <sup>e</sup> mois              | 2 <sup>e</sup> année                                  | 3 <sup>e</sup> année |
| Lait maternel<br>ou                                                                           |                     |                                         |                      |                      |                                   |                                                       |                      |
| « Lait 2 <sup>e</sup> âge » 500 ml/j**                                                        |                     |                                         |                      |                      |                                   | « Lait 2 <sup>e</sup> âge » ou<br>« de croissance »** |                      |
| ou fromage<br>blanc nature ..... ➔ Fromages                                                   |                     |                                         |                      |                      |                                   |                                                       |                      |
| ou cuits, mixés ; texture homogène, lisse --- ➔ crus, écrasés***                              |                     |                                         |                      |                      |                                   | en morceaux,<br>à croquer***                          |                      |
| ..... ➔ petits morceaux***                                                                    |                     |                                         |                      |                      |                                   | écrasés, morceaux***                                  |                      |
| lisse ..... ➔ petits morceaux***                                                              |                     |                                         |                      |                      |                                   |                                                       |                      |
|                                                                                               |                     |                                         |                      |                      |                                   | 15-18 mois :<br>en purée***                           |                      |
| Avec gluten                                                                                   |                     |                                         |                      |                      |                                   |                                                       |                      |
|                                                                                               |                     | Pain, pâtes fines, semoule, riz***      |                      |                      |                                   |                                                       |                      |
| Tous, mixés : ****<br>10 g/j = 2 cuillères à café                                             |                     | Hachés :<br>20 g/j = 4 cuillères à café |                      |                      |                                   | 30 g/j = 6 cuillères 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 ;<br>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 |
|            |     |                              |        |
|            |     |                              |        |
|            |     |                              |        |
|            |     |                              |        |

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| <b>DIPHTÉRIE – TÉTANOS – COQUELUCHE – POLIOMYÉLITE – HIB</b> |
|--------------------------------------------------------------|

| 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 *(rappel tous les 10 ans)*

| 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

.....

.....

.....

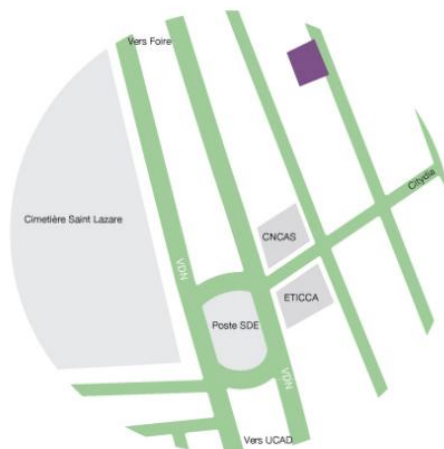
| AUTRES |     |                              |        |
|--------|-----|------------------------------|--------|
| DATE   | ÂGE | Méthode et origine du vaccin | CACHET |
|        |     |                              |        |
|        |     |                              |        |
|        |     |                              |        |
|        |     |                              |        |
|        |     |                              |        |
|        |     |                              |        |
|        |     |                              |        |

## **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 Médiine  
 33 835 33 33