

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 NEST :

Clinique NEST

64 Liberté 6 Extension VDN Nord, Dakar

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

NEST est également joignable par téléphone au **33 835 33 33**.

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

[Empty box for Gynecologist Stamp]

CACHET DU PÉDIATRE TRAITANT

[Empty box for Pediatrician Stamp]

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 ☐

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 ^{ère} consultation prénatale + Échographie de 1 ^{er} trimestre : datation et localisation
16	2 ^{ème} consultation prénatale
20/22	3 ^{ème} consultation prénatale + Échographie de 2 ^{ème} trimestre : morphologie fœtale
26/28	4 ^{ème} consultation prénatale
32	5 ^{ème} consultation prénatale + Échographie de 3 ^{ème} trimestre : biométrie
36	6 ^{ème} consultation prénatale
40	7 ^{ème} consultation prénatale (<i>si pas d'accouchement</i>)

SUIVI POST-NATAL

En jours après l'accouchement	Actes
J10	1 ^{ère} consultation post-natale
J40	2 ^{ème} 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 M0			
VAT 2 M1			
VAT 3 M6			
VAT 4 M12			
VAT 5 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^{ère} dose le
2^{ème} dose le.....
3^{ème} 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	☐
	ASSISTÉE :	
	VENTOUSE	☐
	FORCEPS	☐

SI CÉSARIENNE

INDICATIONS

.....

.....

.....

DÉLIVRANCE	GATPA	☐
	NATURELLE	☐
	ARTIFICIELE	☐
RÉVISION UTÉRINE	OUI	☐
	NON	☐
PERINÉE	INTACT	☐
	ÉPISIOTOMIE	☐
	DÉCHIRURE SIMPLE	☐
	DÉCHIRURE COMPLIQUÉE	☐
ANESTHÉSIE	PÉRIDURALE	☐
	RACHIS-ANESTHÉSIE	☐
	GÉNÉRALE	☐

ENFANT(S)

ENFANT 1

SEXE FÉMININ ☐ MASCULIN ☐

POIDS TAILLE

APGAR 1^{ère} MINUTE :

 5^{ème} MINUTE :

RÉANIMATION OXYGÈNE ☐ ASPIRATION ☐

 AUTRES :

ANOMALIE OU MALFORMATION

.....

VITAMINE ☐ COLLYRE ☐ EUVAX ☐

ENFANT 2

SEXE FÉMININ ☐ MASCULIN ☐

POIDS TAILLE

APGAR 1^{ère} MINUTE :

 5^{ème} MINUTE :

RÉANIMATION OXYGÈNE ☐ ASPIRATION ☐

 AUTRES :

ANOMALIE OU MALFORMATION

.....

VITAMINE ☐ COLLYRE ☐ EUVAX ☐

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

DATES	OBERVATIONS
J10	POIDS TA PERINÉE LOCHIES CICATRICE CÉSARIENNE RDV
J40	POIDS TA RETOUR DE COUCHES OUI ☐ NON ☐ CONTRACEPTION OUI ☐ NON ☐ LAQUELLE ? RDV



BP : 82 002 Yoff - Diamalaye
Tél : 33 835 33 33
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

	JA	JB
MOUVEMENTS SPONTANÉS		
ACTIVITÉ CARDIAQUE		

BIOMÉTRIE

		JA	JB
BIP	En mm		
	SA		
LCC	En mm		
	SA		
Nuque	En mm		
DPA			

EXAMEN

	JA	JB
CONTOURS DE LA BOÎTE CRANIENNE		
LIGNE MÉDIANE		
PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE		
PRÉSENCE DE 4 MEMBRES DE 3 SEGMENTS		
TROPHOBLASTE OU 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 DU POIDS FŒTAL (en g $\pm$ 10%)			

EXAMEN

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

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

ASPECT DU PLACENTA

LOCALISATION DU PLACENTA

VOLUME DE LA

CONCLUSION

.....

.....

ÉCHOGRAPHIE DE TROISIÈME TRIMESTRE

BIOMÉTRIE

DATE

MÉDECIN

DDR TERME THÉORIQUE

FCETUS

NOMBRE

	JA	JB
PRÉSENTATION		
DOS		
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 DU POIDS FŒTAL (en g $\pm$ 10%)			

EXAMEN

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

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

ASPECT DU PLACENTA

LOCALISATION DU PLACENTA

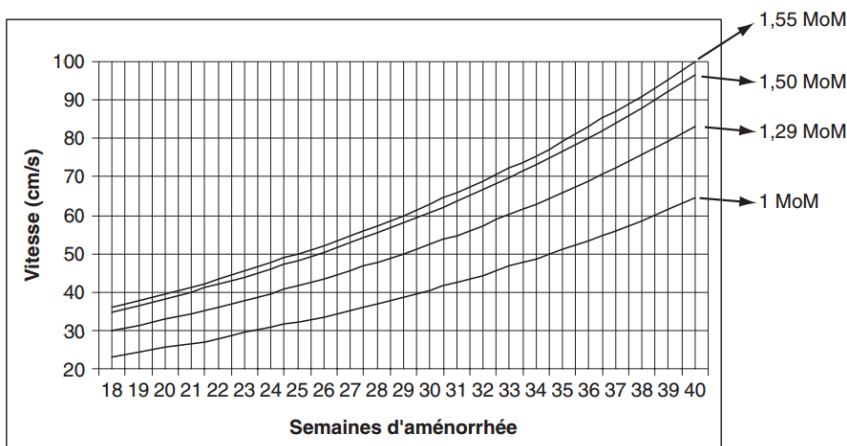
VOLUME DE LA

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 ☐
	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

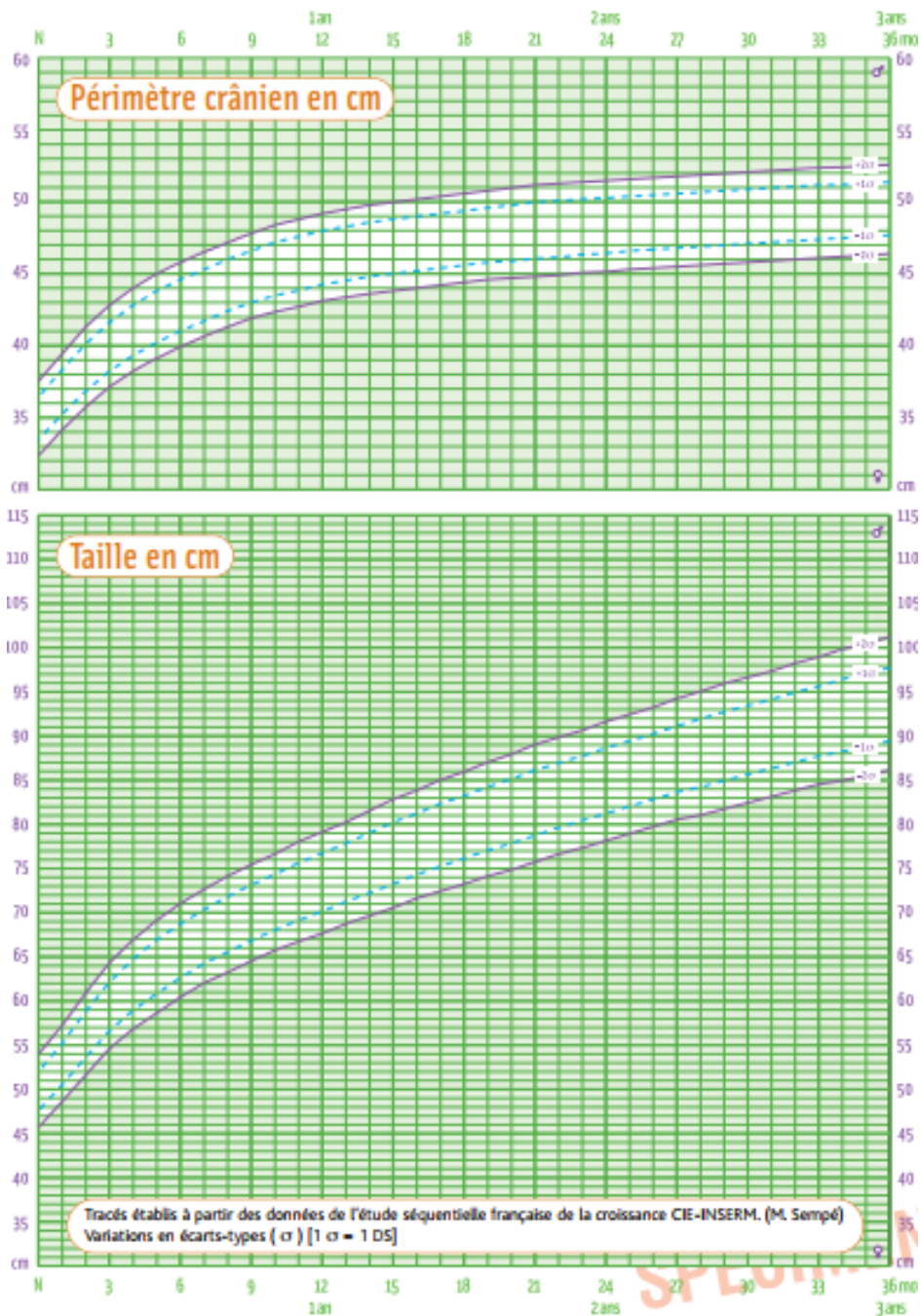
SUIVI DE 48 MOIS À 60 MOIS

Date	Âge	T°	Poids	Taille	PC	PT

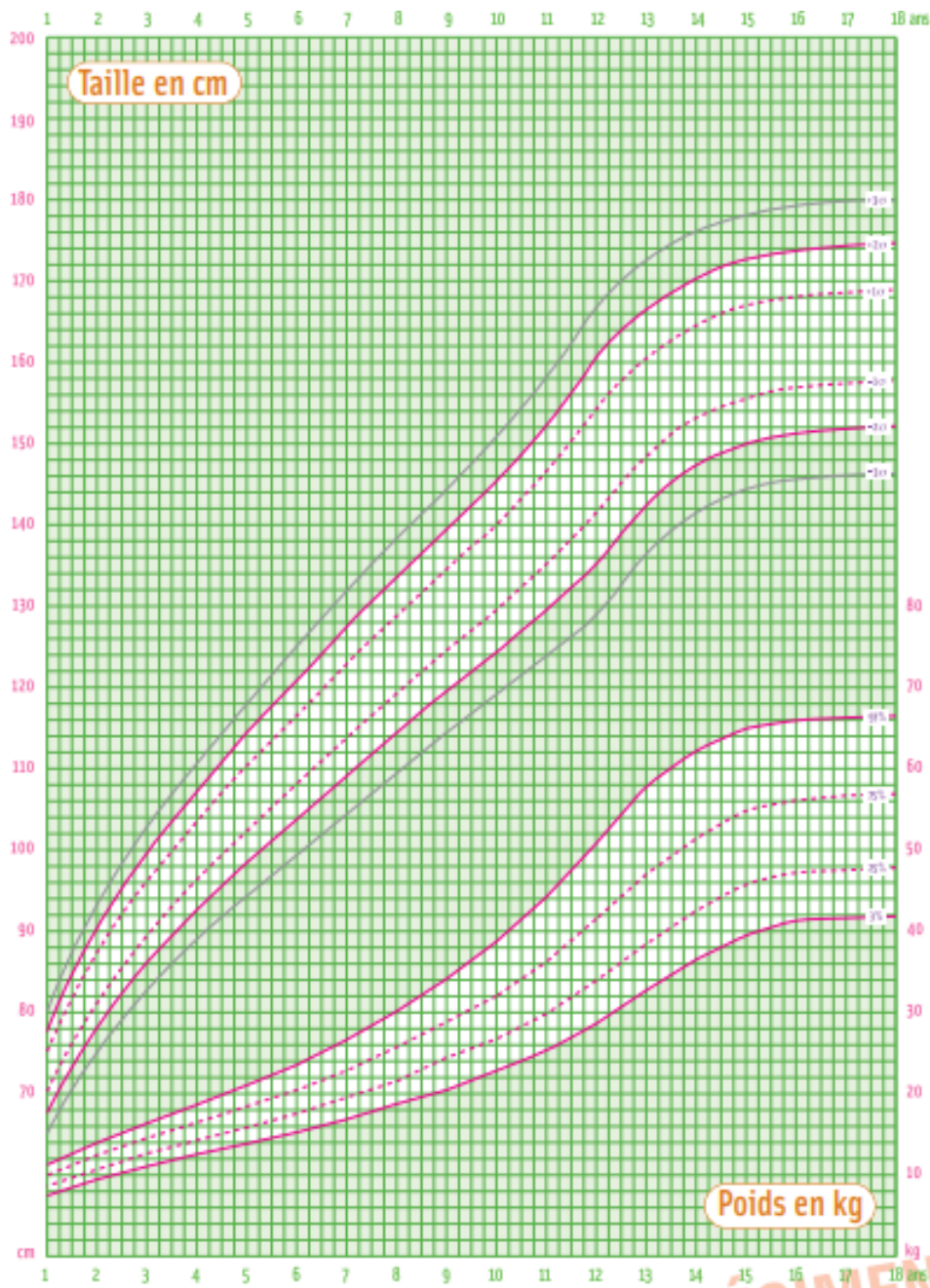
SUIVI DE 48 MOIS À 60 MOIS

Examen, diagnostic et traitement	Cachet et signature

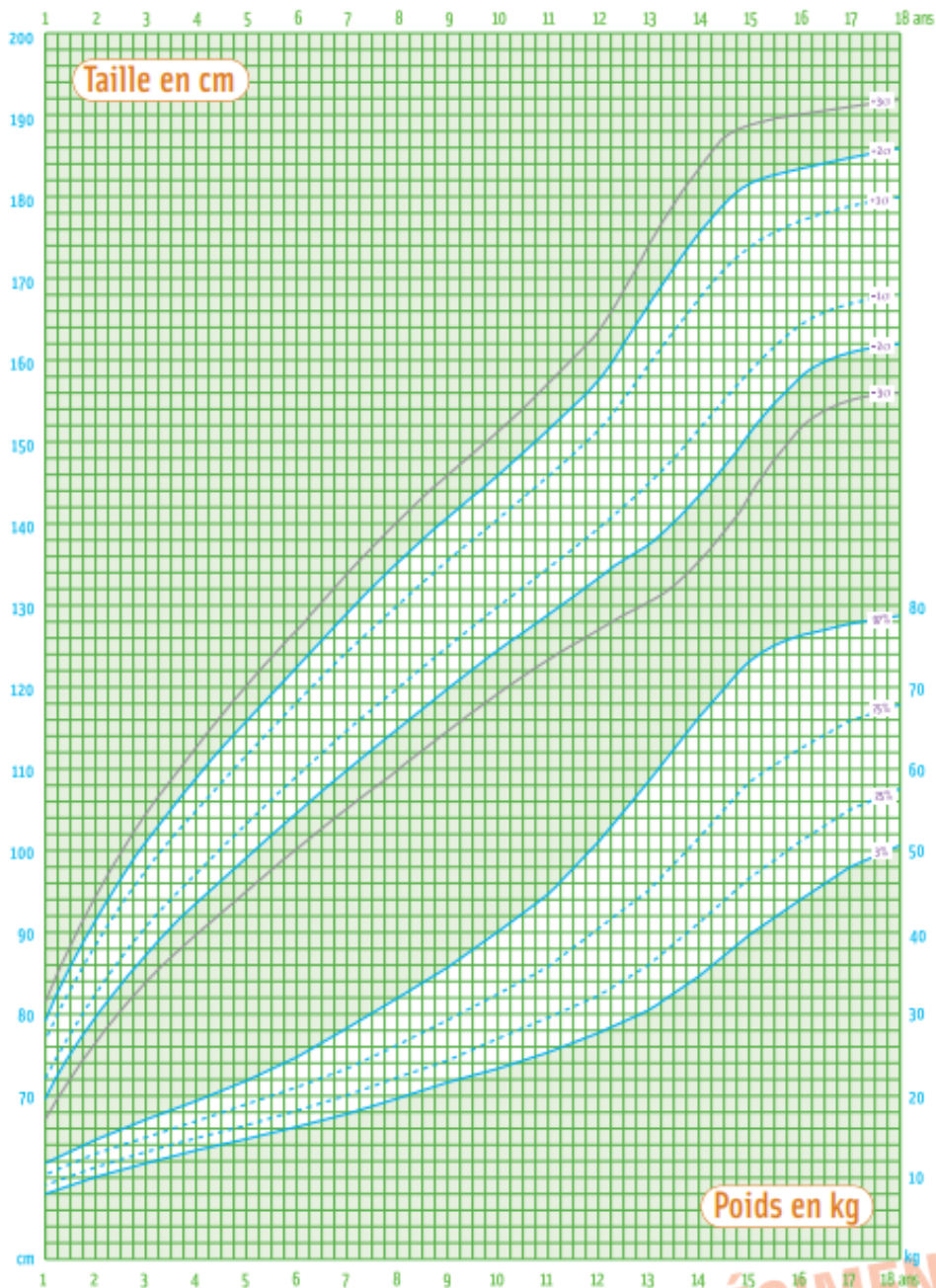
Croissance des filles et des garçons de la naissance à 3 ans



Croissance des filles de 1 à 18 ans



Croissance des garçons de 1 à 18 ans



Conseils nutritionnels

	1 ^{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 **				« lait 1 ^{er} âge ou 2 ^e âge » **	
Produits laitiers						Yaourt
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.*

 Pas de consommation
  Début de consommation possible
  Début de consommation recommandée

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

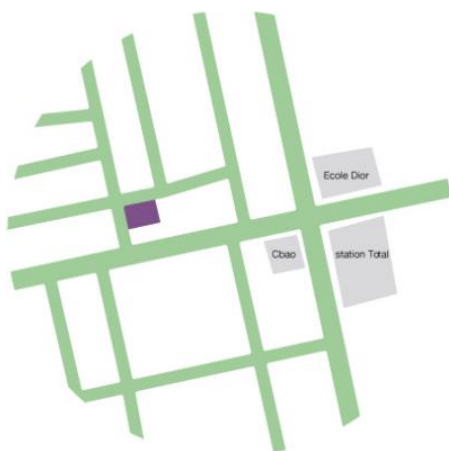
QUAND FAUT-IL ALLER À LA PÉDIATRIE ?

- 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 Médiine
 33 835 33 33