

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana-Tanindrazana-Fandrosoana

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

DOSSIER MEDICAL

(Femme Enceinte)

Code d'identification nationale



Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

ANNEXE FEMME ENCEINTE 1 : PREMIERE VISITE

AFP

Date de la visite

___/___/___

IDENTIFICATION DU CENTRE DE CPN

1	Nom du centre de CPN:
2	Nom et prénoms des responsables qui fait la CPN(Sage-femme/gynécologue) :

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

3	Nombre d'enfants	Vivants: _____	Décédés: _____
		Si décédés, cause(s):	

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

4	Gestité _____
	Parité _____ : (à terme _____ prématuré _____ mort-né _____)
	Avortements _____

EXAMEN OBSTETRICAL

5	Examen obstétrical:	Date : _____/_____/_____
	Age gestation _____ SA _____ J	
	DDR _____/_____/_____	DPA _____/_____/_____
	HU _____ cm	
	MAF	BdCf
	Présentation	
	Bassin	
	Pathologies spécifiques	

PREVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

6	Vaccin antitetanique: VAT1 <input type="checkbox"/> VAT 2 <input type="checkbox"/> VAT3 et plus <input type="checkbox"/>
	TPI : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Albendazole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	FAF : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

EXAMEN PARACLINIQUE

7	Examens	Examen demandé	Date prélèvement	Résultats
	Sero toxo			
	Sero rubeole			
	Groupage			
	Protéunirie			
	Urine ASA			
	Echographie obstetricale			
	Autres			

CONCLUSION

8	
---	--

PROPHYLAXIE ARV

9	ARV prophylactique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui: Date de début de la prophylaxie ARV: ____/____/____/ (____ SA)
	Schéma thérapeutique : _____
	Si Non: Pourquoi?

OBSERVATIONS

10	
----	--

PREVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

6	Vaccin antitétanique: VAT1 <input type="checkbox"/> VAT 2 <input type="checkbox"/> VAT3 et plus <input type="checkbox"/>
	TPI : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Albendazole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	FAF : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

EXAMEN PARACLINIQUE

7	Examens	Examen demandé	Date prélèvement	Résultats
	Taux CD4			
	Charge virale			
	Hb			
	Globules blancs			
	Lymphocytes totaux			
	Plaquettes			
	ALAT			
	ASAT			
	Glycémie à jeun			
	Créatininémie			
	Cholestérolémie totale			
	HDL			
	LDL			
	Triglycéridémie			
	Protéinurie			
	Ag HbS			
	Ac anti - HbS			
	Sérologie hépatite C			
	Sérologie syphilis			
	Sérologie Toxo			
	Prélèvement vaginal			
	Autres			

CO-MORBIDITES

8	Co-infection Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser : Tuberculose <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/>

9	Maladie opportuniste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, préciser :			
10	Autres maladies associées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, préciser :			

STADE DE L'INFECTION A VIH

11	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Stade clinique CDC		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

12	
----	--

TRAITEMENT

13	Traitement antirétroviral actuel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/____			
Schéma thérapeutique en cours			
Observance		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non Pourquoi?			
CAT:			
Intolérance		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser			
CAT:			
Traitement antirétroviral prescrit			
Instauration		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/____			
Schéma thérapeutique			
Changement		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, motif du changement:			
Date du changement : ____/____/____/____			
Schéma thérapeutique			

14	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infektions Opportunistes	Médicaments et Posologie
15	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE ARV

16	ARV prophylactique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de la prophylaxie ARV: ____/____/____/____ (____ SA)	
	Schéma thérapeutique : _____	
	Observance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Non: Pourquoi?		

PROPHYLAXIE

17	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	
18	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	
19	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	
20	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

21	Membre d'une association	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/>	Education Thérapeutique <input type="checkbox"/>	Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/>	Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/>	Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/>	Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>	
	Autres (à préciser) :		
Nom(s) de l'intervenant social:			
Orientation vers une prise en charge psychosociale:		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, préciser:			

OBSERVATIONS

22	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

22	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

23	Date du prochain rendez-vous	____/____/____/
----	------------------------------	-----------------

DEVENIR DE LA GROSSESSE

24	Date de notification	____/____/____/
	Devenir de la grossesse	Accouchée <input type="checkbox"/> Avortée <input type="checkbox"/> Méconnue <input type="checkbox"/>
	Si Accouchée:	Date : ____/____/____/
		Lieu : _____
		Mode : Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>
		Traitement ARV prophylactique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

DEVENIR DE LA FEMME

25	Date de notification du devenir	____/____/____/		
26	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>		
		Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact	____/____/____/
		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération	____/____/____/
			Cause	
		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès	____/____/____/
			Cause de décès	
		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert	____/____/____/
			Motif du transfert	
	Centre qui reçoit			
	Numero de transfert			

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

FICHE DE SUIVI DU FEMME ENCEINTE VISITE N°



Date de la visite

	/		/		/	
--	---	--	---	--	---	--

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

HISTOIRE DE LA MALADIE

2	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

3	
---	--

EXAMEN CLINIQUE

4	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
5	Examen obstétrical:
	Date : / / /
	Age gestation SA J
	DDR / / / DPA / / / /
	HU cm
	MAF BdCf
	Présentation
Bassin	
Pathologies spécifiques	

PREVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

6	Vaccin antitetanique: VAT1 <input type="checkbox"/> VAT 2 <input type="checkbox"/> VAT3 et plus <input type="checkbox"/>
	TPI : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Albendazole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	FAF : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

EXAMEN PARACLINIQUE

7	Examens	Examen demandé	Date prélèvement	Résultats
	Taux CD4			
	Charge virale			
	Hb			
	Globules blancs			
	Lymphocytes totaux			
	Plaquettes			
	ALAT			
	ASAT			
	Glycémie à jeun			
	Créatininémie			
	Cholestérolémie totale			
	HDL			
	LDL			
	Triglycéridémie			
	Protéinurie			
	Ag HbS			
	Ac anti - HbS			
	Sérologie hépatite C			
	Sérologie syphilis			
	Sérologie Toxo			
	Prélèvement vaginal			
	Autres			

CO-MORBIDITES

8	Co-infection Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser : Tuberculose <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/>

9	Maladie opportuniste Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser :
10	Autres maladies associées Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser :

STADE DE L'INFECTION A VIH

11	Stade clinique OMS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

CONCLUSION

12	
----	--

TRAITEMENT

13	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/____
	Schéma thérapeutique en cours
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si non Pourquoi?
	CAT:
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, préciser
	CAT:
	Traitement antirétroviral prescrit
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/____	
Schéma thérapeutique	
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, motif du changement:	
Date du changement : ____/____/____/____	
Schéma thérapeutique	

14	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infektions Opportunistes	Médicaments et Posologie
15	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE ARV

16	ARV prophylactique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de la prophylaxie ARV: ____/____/____/____ (____ SA)	
	Schéma thérapeutique : _____	
	Observance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Non: Pourquoi?		

PROPHYLAXIE

17	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	
18	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	
19	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	
20	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

21	Membre d'une association	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/>	Education Thérapeutique <input type="checkbox"/>	Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/>	Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/>	Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/>	Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>	
	Autres (à préciser) :		
Nom(s) de l'intervenant social:			
Orientation vers une prise en charge psychosociale:		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui,préciser:			

OBSERVATIONS

22	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

22	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

23	Date du prochain rendez-vous _____/_____/_____/
----	---

DEVENIR DE LA GROSSESSE

24	Date de notification _____/_____/_____/
	Devenir de la grossesse Accouchée <input type="checkbox"/> Avortée <input type="checkbox"/> Méconnue <input type="checkbox"/>
	Si Accouchée: Date : _____/_____/_____/
	Lieu : _____
	Mode : Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>
	Traitement ARV prophylactique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

DEVENIR DE LA FEMME

25	Date de notification du devenir _____/_____/_____/		
26	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>	
		Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact _____/_____/_____/
		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération _____/_____/_____/
			Cause
		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès _____/_____/_____/
			Cause de décès
		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert _____/_____/_____/
			Motif du transfert
			Centre qui reçoit
			Numero de transfert

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

FICHE DE SUIVI DU FEMME ENCEINTE VISITE N°



Date de la visite

	/		/		/	
--	---	--	---	--	---	--

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

HISTOIRE DE LA MALADIE

2	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

3	
---	--

EXAMEN CLINIQUE

4	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
5	Examen obstétrical:
	Date : / / /
	Age gestation SA J
	DDR / / / DPA / / /
	HU cm
	MAF BdCf
	Présentation
Bassin	
Pathologies spécifiques	

PREVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

6	Vaccin antitetanique: VAT1 <input type="checkbox"/> VAT 2 <input type="checkbox"/> VAT3 et plus <input type="checkbox"/>
	TPI : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Albendazole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	FAF : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

EXAMEN PARACLINIQUE

7	Examens	Examen demandé	Date prélèvement	Résultats
	Taux CD4			
	Charge virale			
	Hb			
	Globules blancs			
	Lymphocytes totaux			
	Plaquettes			
	ALAT			
	ASAT			
	Glycémie à jeun			
	Créatininémie			
	Cholestérolémie totale			
	HDL			
	LDL			
	Triglycéridémie			
	Protéinurie			
	Ag HbS			
	Ac anti - HbS			
	Sérologie hépatite C			
	Sérologie syphilis			
	Sérologie Toxo			
	Prélèvement vaginal			
	Autres			

CO-MORBIDITES

8	Co-infection Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser : Tuberculose <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/>

9	Maladie opportuniste Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser :
10	Autres maladies associées Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser :

STADE DE L'INFECTION A VIH

11	Stade clinique OMS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

CONCLUSION

12	
----	--

TRAITEMENT

13	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/
	Schéma thérapeutique en cours
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si non Pourquoi?
	CAT:
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, préciser
	CAT:
	Traitement antirétroviral prescrit
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/	
Schéma thérapeutique	
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, motif du changement:	
Date du changement : ____/____/____/	
Schéma thérapeutique	

14	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infektions Opportunistes	Médicaments et Posologie
15	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE ARV

16	ARV prophylactique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de la prophylaxie ARV: ____/____/____/____ (____ SA)	
	Schéma thérapeutique : _____	
	Observance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Non: Pourquoi?		

PROPHYLAXIE

17	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	
18	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	
19	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	
20	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/____	

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

21	Membre d'une association	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/>	Education Thérapeutique <input type="checkbox"/>	Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/>	Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/>	Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/>	Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>	
	Autres (à préciser) :		
Nom(s) de l'intervenant social:			
Orientation vers une prise en charge psychosociale:		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, préciser:			

OBSERVATIONS

22	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

22	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

23	Date du prochain rendez-vous	____/____/____/
----	------------------------------	-----------------

DEVENIR DE LA GROSSESSE

24	Date de notification	____/____/____/
	Devenir de la grossesse	Accouchée <input type="checkbox"/> Avortée <input type="checkbox"/> Méconnue <input type="checkbox"/>
	Si Accouchée:	Date : ____/____/____/
		Lieu : _____
		Mode : Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>
		Traitement ARV prophylactique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

DEVENIR DE LA FEMME

25	Date de notification du devenir	____/____/____/		
26	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>		
		Perdu de vue <input type="checkbox"/>		
		Date du dernier contact	____/____/____/	
		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération	____/____/____/
			Cause	
		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès	____/____/____/
			Cause de décès	
		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert	____/____/____/
			Motif du transfert	
			Centre qui reçoit	
			Numero de transfert	

--

ANNEXE FEMME ENCEINTE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCOUCHEMENT

AACC

Date de la visite

___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
-------------	-------------	-------------	-------------

ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT

1	Date :	___/___/___/___
2	Lieu :	_____
3	Mode :	Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>
4	Age grossesse :	___ SA ___ J
5	Nouveau Né :	Vivant <input type="checkbox"/> Prématuré <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> MFU <input type="checkbox"/>
	Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	APGAR	1ère mn ___ 5ème mn ___
	Poids	___ g
	Taille	___ cm
	PC	___ cm
	PT	___ cm
	PB	___ cm
	Malformation dépistée:	_____

ARV PROPHYLACTIQUE

6	ARV prophylactique Nouveau né :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si OUI : début :	___ Heures
	préciser :	_____
	Si NON, pourquoi?	_____
7	Renforcement de la prophylaxie de la mère :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si OUI : début :	___ Heures
	préciser :	_____
	Si NON, pourquoi?	_____

MODE D'ALIMENTATION

8	AMPE <input type="checkbox"/> (Protégé par ARV : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Allaitement artificiel <input type="checkbox"/> Allaitement mixte <input type="checkbox"/>
---	---

OBSERVATIONS

9	
---	--

--

**ANNEXE FEMME ENCEINTE 3 :
SUIVI CLINIQUE ET DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR
DU NOUVEAU NE**



1	Date de la visite						
2	Age						
3	Examen général						
	Poids						
	Taille						
	Température						
	Périmètre crânien						
	Périmètre brachial						
4	Examens cliniques						
	Ictère						
	Hépatomégalie						
	Splénomégalie						
	Adénopathies isolées						
	Adénopathies multiples						
	Développement psychomoteur						
	Toux chronique						
	Dyspnée						
	Pharyngite						
	Otite						
	Candidose oro-pharyngée						
	Diarrhée chronique						
	Dermatoses						
5	Examens paracliniques						

1	Date de la visite						
2	Age						
6	Statut vaccinal						
	BCG						
	DTCoqHépB ACTHib1						
	DTCoqHépB ACTHib2						
	DTCoqHépB ACTHib3						
	Polio 0						
	Polio 1						
	Polio 2						
	Polio 3						
	ATR (anti-rougeoleux)						
7	Prophylaxie au Cotrimoxazole						
	Prise effective						
8	Nutrition						
	AMPE protégé par ARV						
	Allaitement artificiel						
	Vitamine A						
	Déparasitage						

9	Observations						
	Date de la visite						

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale MERE

ANNEXE FEMME ENCEINTE 4 : STATUT SEROLOGIQUE DU NOUVEAU-NE

ANN

Date de la visite

MOYENS DE DIAGNOSTIC

1	Test virologique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui Age de l'enfant : _____ mois Résultat :
2	Test sérologique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui Age de l'enfant : _____ mois Résultat :

CONCLUSION

3	Statut VIH : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/>
	Si statut positif: Code d'identification nationale du nouveau-né <input type="text"/>

OBSERVATIONS

4	
---	--



En Collaboration avec
Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/Sida
Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)
Octobre 2012