

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

A large, empty rounded rectangular box with a thin black border, intended for the national identification code.

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 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 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"/>			
	<table border="1"> <tr> <td>Infektions Opportunistes</td> <td>Médicaments et Posologie</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Infektions Opportunistes	Médicaments et Posologie	
Infektions Opportunistes	Médicaments et Posologie			
15	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
	<table border="1"> <tr> <td>Maladies</td> <td>Médicaments et Posologie</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Maladies	Médicaments et Posologie	
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