



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union Discipline Travail

SYSTEME D'INFORMATION DE GESTION (SIG) REGISTRE DE CONSULTATIONS PRE – NATALES (CPN)

DIRECTION REGIONAL DE LA SANTE :

District Sanitaire de: Localité :

Nom de la structure:

Nom du service :

Code de la structure :

Commencé le: ____ / ____ / ____

Terminé le: ____ / ____ / ____

Registre N°

(Version Septembre 2015)



Ministère de la Santé et de L'hygiène publique - Direction de la prospective, de la Planification, de l'évaluation et de l'information sanitaire
Sis au plateau, avenue Chardy, 3eme étage de l'Immeuble le paris - 04 BP 341 Abidjan 04
Téléphone : 20 22 60 43 / 45.36.82.74

1. LES INFORMATIONS SUR LA PAGE DE GARDE

Ces informations sont renseignées une fois que le registre est entamé et lorsque le registre est terminé.

Région sanitaire : inscrire le nom de la région sanitaire

District sanitaire : inscrire le nom du district sanitaire

Localité : inscrire le nom de la localité

Nom de la structure : inscrire le nom de l'établissement sanitaire

Nom du Service : inscrire le nom du service

Code de la structure : inscrire le code de la structure

Commencé le : inscrire la date de début de l'utilisation du registre sous la forme jj/mm/aaaa

Terminé le : inscrire la date de fin d'utilisation du registre sous la forme jj/mm/aaaa

2. LES INFORMATIONS SUR LE CONTENU DU REGISTRE**PAGE DE GAUCHE****DONNÉES ADMINISTRATIVES ,ANTÉCÉDENTS ET CONSTANTES PHYSIQUES**

■ **Date de la consultation** : Inscrire la date de la consultation dans la structure (jj/mm/aaaa)

■ **Identité de la mère**

Nom, Prénoms, Profession, Nationalité : Noter le nom, prénoms, profession et nationalité de la patiente

Situation matrimoniale : cocher la case correspondant au statut matrimonial de la patiente .

N° Gestante : Inscrire le numéro d'ordre de la gestante qui est composé du n° d'ordre du registre suivi du n° du box de consultation , suivi de l'année, suivi du n° de la page où elle est enregistrée pour la première fois, suivi du n° d'ordre de CPN .

NB : Pour la profession marquer élève ou étudiante si c'est le cas.

Age : inscrire l'âge de la patiente en années et cocher la case correspondante à la tranche d'âge.

■ **Résidence habituelle** : Inscrire le nom de la localité de la résidence habituelle.

■ **Date de la dernière CPN** : Inscrire la date de la dernière consultation prénatale dans la structure (jj / mm /aaaa)

■ **Contacts téléphoniques** : Noter le ou les contacts téléphoniques de la patiente et / ou d'une personne ressource.

■ **Antécédents** : - inscrire les antécédents médicaux, chirurgicaux, Obstétricaux, la Gestité, la Parité, la Date des Dernières Règles (D.D.R), la date du Terme prévu et l'âge gestationnel en Semaines d'aménorrhée.

- Cocher le rang correspondant à la CPN

■ **Statut VAT :**

- inscrire les dates correspondantes à la réalisation du VAT1, VAT2, VAT Rappel

- Cocher la case correspondante au statut de la femme vis-à-vis du VAT :

● **non vaccinée** : Aucune vaccination ou aucune information sur l'état vaccinal de la parturiente

● **incomplètement vaccinée** : Vaccination non à jour chez la parturiente

● **correctement vaccinée** : Vaccination à jour chez la parturiente = a reçu le VAT 2 ou le VAT Rappel pendant cette grossesse ou a reçu un total de 05 VAT.

Statut VIH à l'accueil: Rechercher si la femme a déjà bénéficié d'un test VIH et cocher le résultat correspondant :

Positif : Cocher «Positif »pour les femmes connaissant leur statut sérologique VIH positif.

Négatif : Cocher «Négatif »pour les femmes connaissant leur statut sérologique VIH négatif.

Inconnu : Cocher «inconnu »pour les femmes ne connaissant pas leur statut sérologique à l'accueil.

■ **Proposition de test VIH :**

Oui: Cocher «oui» si vous avez proposé le test de VIH à la femme enceinte.

Non : Cocher «non» si vous n'avez pas proposé le test de VIH à la femme enceinte.

■ **Numéro de Dépistage VIH ou de PEC** : inscrire le numéro de dépistage pour une femme que vous dépistez ou numéro de prise en charge si il s'agit d'une femme enceinte séropositive au VIH et déjà enrôlé dans les soins avant la

■ **Constantes** : inscrire le poids en Kg, la taille en cm, le périmètre brachial en cm, la température en degré Celsius, la TA en mm Hg et le pouls.

PAGE DE DROITE

EXAMEN GÉNÉRAL: inscrire les résultats de l'examen

EXAMEN OBSTÉTRICAL : inscrire les résultats obtenus au cours de l'examen dans les espaces correspondants.

PATHOLOGIES ASSOCIÉES : noter si une pathologie a été diagnostiquée à la suite de la consultation.

TAUX D'HÉMOGLOBINE : inscrire le taux obtenu

ANALYSE D'URINE : cocher la case correspondante (Positif ou Négatif) selon la présence ou non d'Albumine, de Sucre dans les urines.

ETAT NUTRITIONNEL : cocher la case correspondante à la modalité (normal, Malnutrition aigüe modérée, Malnutrition aigüe sévère, Surpoids, obésité)

RÉSULTAT DE LA CONSULTATION: cocher la case correspondante à la modalité (Grossesse normale, Grossesse à risque, A revoir, A référer, A hospitaliser)

EXAMENS BIOLOGIQUES : Inscrire les résultats des examens biologiques.

■ **Résultat du test de Syphilis** : cocher la case correspondante si le résultat du test est Négatif ou Positif ou Non applicable

■ **Résultat du test de dépistage VIH** : cocher la case correspondante si le résultat du test est Négatif ou Positif

■ **Annonce du résultat VIH** : Oui: Cocher «oui» si vous avez annoncé le résultat du test de VIH à la femme enceinte.

Non : Cocher «non» si vous n'avez pas annoncé le résultat du test de VIH à la femme enceinte.

■ **Dépistage VIH du conjoint** : Oui: Cocher «oui» si vous avez dépisté le conjoint de la femme enceinte.

Non : Cocher «non» si vous n'avez pas dépisté le conjoint de la femme enceinte.

■ **Statut sérologique VIH du conjoint** : cocher la case correspondante si le résultat est Négatif ou Positif

■ **Veillez noter les résultats des autres examens biologiques**

EXAMENS ÉCHOGRAPHIQUES OU RADIOLOGIQUES:

Inscrire les résultats des examens.

PRESCRIPTIONS

■ **Remise d'ARV**: Cocher « oui » si les ARV ont été remises, « non » en cas de non remise d'ARV notamment pour rupture de stocks d'ARV, et « NA » pour une femme séronégative ou déjà sous ARV

■ Cocher la case correspondante à l'administration du fer, des Folate, de la SP1, de la SP2, de la SP3, de la SP4 et plus, du fluor, de la MILDA, des Déparasitants et CTX.

■ **Service nutritionnel :**

Cocher «oui» si vous avez offert un service nutritionnel à la femme enceinte

Cocher «non» si vous n'avez pas offert le service à la femme enceinte

PS : le conseil pour l'alimentation aussi bien de la mère que de l'enfant est un service nutritionnel.

Si le service a été offert, préciser le type de service.

■ **Autres médicaments** : inscrire les autres médicaments prescrits.

DATE DU PROCHAIN RDV : inscrire la date du prochain rendez-vous de la femme enceinte au format jj/mm/aaaa

Date	Numéro d'ordre	Données administratives , Antécédents et Constantes physiques	
		<p>Nom : Prénoms :</p> <p>N° Gestante:/...../.....</p> <p>Profession : Nationalité :</p> <p>Situation matrimoniale : Couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Age : ans</p> <p>Tranches d'âge : 8-14 ans <input type="checkbox"/> 15-24ans <input type="checkbox"/> 25-49 ans <input type="checkbox"/> 50 ans et plus <input type="checkbox"/></p> <p>Résidence habituelle :</p> <p>Date de la dernière CPN :/...../.....</p> <p>Contacts Téléphonique: Tél: /...../ Cel : /...../</p> <p>Semaines d'aménorrhée</p> <p>CPN1 <input type="checkbox"/> CPN2 <input type="checkbox"/> CPN3 <input type="checkbox"/> CPN4 <input type="checkbox"/> CPN5 et plus <input type="checkbox"/></p>	<p>Antécédents :</p> <p>Médicaux Chirurgicaux :</p> <p>Obstétricaux : Gestité Parité</p> <p>D.D.R :/...../..... Terme prévu :/...../.....</p> <p>Statut VAT : Date du VAT1 :/...../..... Date du VAT2 :/...../.....</p> <p>Date du VAT Rappel :/...../.....</p> <p>Non vacciné <input type="checkbox"/> Incomplètement vacciné <input type="checkbox"/> Correctement vacciné <input type="checkbox"/></p> <p>Statut VIH à l'accueil : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Proposition de test VIH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>numéro de Dépistage VIH ou de PEC :</p> <p>Constantes : Poids : Taille : Périmètre Brachial.....</p> <p>Température : TA : Pouls :</p> <p>Etat des conjonctives :</p>
		<p>Nom : Prénoms :</p> <p>N° Gestante:/...../.....</p> <p>Profession : Nationalité :</p> <p>Situation matrimoniale : Couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Age : ans</p> <p>Tranches d'âge : 8-14 ans <input type="checkbox"/> 15-24ans <input type="checkbox"/> 25-49 ans <input type="checkbox"/> 50 ans et plus <input type="checkbox"/></p> <p>Résidence habituelle :</p> <p>Date de la dernière CPN :/...../.....</p> <p>Contacts Téléphonique: Tél: /...../ Cel : /...../</p> <p>Semaines d'aménorrhée</p> <p>CPN1 <input type="checkbox"/> CPN2 <input type="checkbox"/> CPN3 <input type="checkbox"/> CPN4 <input type="checkbox"/> CPN5 et plus <input type="checkbox"/></p>	<p>Antécédents :</p> <p>Médicaux Chirurgicaux :</p> <p>Obstétricaux : Gestité Parité</p> <p>D.D.R :/...../..... Terme prévu :/...../.....</p> <p>Statut VAT : Date du VAT1 :/...../..... Date du VAT2 :/...../.....</p> <p>Date du VAT Rappel :/...../.....</p> <p>Non vacciné <input type="checkbox"/> Incomplètement vacciné <input type="checkbox"/> Correctement vacciné <input type="checkbox"/></p> <p>Statut VIH à l'accueil : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Proposition de test VIH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>numéro de Dépistage VIH ou de PEC :</p> <p>Constantes : Poids : Taille : Périmètre Brachial.....</p> <p>Température : TA : Pouls :</p> <p>Etat des conjonctives :</p>
		<p>Nom : Prénoms :</p> <p>N° Gestante:/...../.....</p> <p>Profession : Nationalité :</p> <p>Situation matrimoniale : Couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Age : ans</p> <p>Tranches d'âge : 8-14 ans <input type="checkbox"/> 15-24ans <input type="checkbox"/> 25-49 ans <input type="checkbox"/> 50 ans et plus <input type="checkbox"/></p> <p>Résidence habituelle :</p> <p>Date de la dernière CPN :/...../.....</p> <p>Contacts Téléphonique: Tél: /...../ Cel : /...../</p> <p>Semaines d'aménorrhée</p> <p>CPN1 <input type="checkbox"/> CPN2 <input type="checkbox"/> CPN3 <input type="checkbox"/> CPN4 <input type="checkbox"/> CPN5 et plus <input type="checkbox"/></p>	<p>Antécédents :</p> <p>Médicaux Chirurgicaux :</p> <p>Obstétricaux : Gestité Parité</p> <p>D.D.R :/...../..... Terme prévu :/...../.....</p> <p>Statut VAT : Date du VAT1 :/...../..... Date du VAT2 :/...../.....</p> <p>Date du VAT Rappel :/...../.....</p> <p>Non vacciné <input type="checkbox"/> Incomplètement vacciné <input type="checkbox"/> Correctement vacciné <input type="checkbox"/></p> <p>Statut VIH à l'accueil : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Proposition de test VIH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>numéro de Dépistage VIH ou de PEC :</p> <p>Constantes : Poids : Taille : Périmètre Brachial.....</p> <p>Température : TA : Pouls :</p> <p>Etat des conjonctives :</p>
		<p>Nom : Prénoms :</p> <p>N° Gestante:/...../.....</p> <p>Profession : Nationalité :</p> <p>Situation matrimoniale : Couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Age : ans</p> <p>Tranches d'âge : 8-14 ans <input type="checkbox"/> 15-24ans <input type="checkbox"/> 25-49 ans <input type="checkbox"/> 50 ans et plus <input type="checkbox"/></p> <p>Résidence habituelle :</p> <p>Date de la dernière CPN :/...../.....</p> <p>Contacts Téléphonique: Tél: /...../ Cel : /...../</p> <p>Semaines d'aménorrhée</p> <p>CPN1 <input type="checkbox"/> CPN2 <input type="checkbox"/> CPN3 <input type="checkbox"/> CPN4 <input type="checkbox"/> CPN5 et plus <input type="checkbox"/></p>	<p>Antécédents :</p> <p>Médicaux Chirurgicaux :</p> <p>Obstétricaux : Gestité Parité</p> <p>D.D.R :/...../..... Terme prévu :/...../.....</p> <p>Statut VAT : Date du VAT1 :/...../..... Date du VAT2 :/...../.....</p> <p>Date du VAT Rappel :/...../.....</p> <p>Non vacciné <input type="checkbox"/> Incomplètement vacciné <input type="checkbox"/> Correctement vacciné <input type="checkbox"/></p> <p>Statut VIH à l'accueil : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Proposition de test VIH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>numéro de Dépistage VIH ou de PEC :</p> <p>Constantes : Poids : Taille : Périmètre Brachial.....</p> <p>Température : TA : Pouls :</p> <p>Etat des conjonctives :</p>

<p>Examen général :</p> <p>Examen obstétrical : PO : HU</p> <p>Age Gestationnel : BDC :</p> <p>Présentation : TV :</p> <p>Pathologies associées :</p> <p>Anémie clinique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Taux d'hémoglobine :</p> <p>Analyse d'urine : Albumine : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/></p> <p>Sucre : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/></p> <p>Etat nutritionnel : normal <input type="checkbox"/> Malnutrition aigüe modérée <input type="checkbox"/> Malnutrition aigüe sévère <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat de la consultation : Grossesse normale <input type="checkbox"/> Grossesse à risque <input type="checkbox"/> A revoir <input type="checkbox"/> A référer <input type="checkbox"/> A hospitaliser <input type="checkbox"/></p>	<p>Examen complémentaires :</p> <p>Test de Syphilis : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat du test de dépistage VIH : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/></p> <p>Annonce du résultat VIH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dépistage VIH du conjoint : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Statut sérologique VIH du conjoint : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/></p> <p>Remise d'ARV : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/></p> <p>Examens échographiques ou radiologiques :</p> <p>Prescriptions : fer <input type="checkbox"/> Folates <input type="checkbox"/> SP1 <input type="checkbox"/> SP2 <input type="checkbox"/> SP3 <input type="checkbox"/> SP4 et plus <input type="checkbox"/> MILDA <input type="checkbox"/> Déparasitant <input type="checkbox"/></p> <p>Service nutritionnel : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, Préciser :</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Date du prochain RDV :/...../.....</p>
<p>Examen général :</p> <p>Examen obstétrical : PO : HU</p> <p>Age Gestationnel : BDC :</p> <p>Présentation : TV :</p> <p>Pathologies associées :</p> <p>Anémie clinique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Taux d'hémoglobine :</p> <p>Analyse d'urine : Albumine : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/></p> <p>Sucre : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/></p> <p>Etat nutritionnel : normal <input type="checkbox"/> Malnutrition aigüe modérée <input type="checkbox"/> Malnutrition aigüe sévère <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat de la consultation : Grossesse normale <input type="checkbox"/> Grossesse à risque <input type="checkbox"/> A revoir <input type="checkbox"/> A référer <input type="checkbox"/> A hospitaliser <input type="checkbox"/></p>	<p>Examen complémentaires :</p> <p>Test de Syphilis : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat du test de dépistage VIH : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/></p> <p>Annonce du résultat VIH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dépistage VIH du conjoint : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Statut sérologique VIH du conjoint : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/></p> <p>Remise d'ARV : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/></p> <p>Examens échographiques ou radiologiques :</p> <p>Prescriptions : fer <input type="checkbox"/> Folates <input type="checkbox"/> SP1 <input type="checkbox"/> SP2 <input type="checkbox"/> SP3 <input type="checkbox"/> SP4 et plus <input type="checkbox"/> MILDA <input type="checkbox"/> Déparasitant <input type="checkbox"/></p> <p>Service nutritionnel : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, Préciser :</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Date du prochain RDV :/...../.....</p>
<p>Examen général :</p> <p>Examen obstétrical : PO : HU</p> <p>Age Gestationnel : BDC :</p> <p>Présentation : TV :</p> <p>Pathologies associées :</p> <p>Anémie clinique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Taux d'hémoglobine :</p> <p>Analyse d'urine : Albumine : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/></p> <p>Sucre : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/></p> <p>Etat nutritionnel : normal <input type="checkbox"/> Malnutrition aigüe modérée <input type="checkbox"/> Malnutrition aigüe sévère <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat de la consultation : Grossesse normale <input type="checkbox"/> Grossesse à risque <input type="checkbox"/> A revoir <input type="checkbox"/> A référer <input type="checkbox"/> A hospitaliser <input type="checkbox"/></p>	<p>Examen complémentaires :</p> <p>Test de Syphilis : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat du test de dépistage VIH : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/></p> <p>Annonce du résultat VIH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dépistage VIH du conjoint : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Statut sérologique VIH du conjoint : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/></p> <p>Remise d'ARV : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/></p> <p>Examens échographiques ou radiologiques :</p> <p>Prescriptions : fer <input type="checkbox"/> Folates <input type="checkbox"/> SP1 <input type="checkbox"/> SP2 <input type="checkbox"/> SP3 <input type="checkbox"/> SP4 et plus <input type="checkbox"/> MILDA <input type="checkbox"/> Déparasitant <input type="checkbox"/></p> <p>Service nutritionnel : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, Préciser :</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Date du prochain RDV :/...../.....</p>
<p>Examen général :</p> <p>Examen obstétrical : PO : HU</p> <p>Age Gestationnel : BDC :</p> <p>Présentation : TV :</p> <p>Pathologies associées :</p> <p>Anémie clinique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Taux d'hémoglobine :</p> <p>Analyse d'urine : Albumine : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/></p> <p>Sucre : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/></p> <p>Etat nutritionnel : normal <input type="checkbox"/> Malnutrition aigüe modérée <input type="checkbox"/> Malnutrition aigüe sévère <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat de la consultation : Grossesse normale <input type="checkbox"/> Grossesse à risque <input type="checkbox"/> A revoir <input type="checkbox"/> A référer <input type="checkbox"/> A hospitaliser <input type="checkbox"/></p>	<p>Examen complémentaires :</p> <p>Test de Syphilis : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat du test de dépistage VIH : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/></p> <p>Annonce du résultat VIH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dépistage VIH du conjoint : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Statut sérologique VIH du conjoint : Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/></p> <p>Remise d'ARV : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/></p> <p>Examens échographiques ou radiologiques :</p> <p>Prescriptions : fer <input type="checkbox"/> Folates <input type="checkbox"/> SP1 <input type="checkbox"/> SP2 <input type="checkbox"/> SP3 <input type="checkbox"/> SP4 et plus <input type="checkbox"/> MILDA <input type="checkbox"/> Déparasitant <input type="checkbox"/></p> <p>Service nutritionnel : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, Préciser :</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Date du prochain RDV :/...../.....</p>

