

Republic of Rwanda



Ministry of Health

**Registre de la prise en charge intégrée des
maladies de l'enfant (PCIME)
2 mois-5 ans, 1 Semaine-2 mois, 0 Jour-7 Jours**

Formation Sanitaire :

Date de début du registre:

Date de fin du registre:

Numéro du registre:

VERSION 2022

REGISTRE DES ENFANTS AGE DE 2 MOIS - 5 ANS

REGISTRE DES ENFANTS AGE DE 2 MOIS - 5 ANS

Date	Nom Enfant Nom Parents		Age en mois	Poids	NC	AC	Plaintes actuelles	EVALUATION (cochez le signe présent, écrivez si nécessaire) et CLASSIFICATION							
	N° d'ordre	Adresse (secteur/Cellule/village)						Sexe	Taille T°	Signes généraux de danger	Toux et/ou difficultés respiratoires	Diarrhée	Fièvre	Problèmes d'Oreille	Anémie
					Age:..... Sexe:.....										
	Provenance (Z,HZ,HD):		Assurance maladie:..... Number:.....				Signe(s) de danger présent(s)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pneumonie Grave ou Maladie Très Grave <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Pas de pneumonie: Toux ou Rhume	<input type="checkbox"/> Déshydratation Sévère <input type="checkbox"/> Signes Evidents de Déshydratation <input type="checkbox"/> Pas de Déshydratation <input type="checkbox"/> Diarrhée Persistante Sévère <input type="checkbox"/> Diarrhée Persistante <input type="checkbox"/> Diarrhée Sanglante	<input type="checkbox"/> Paludisme Grave <input type="checkbox"/> Maladie Fébrile Très Grave <input type="checkbox"/> Paludisme Simple avec Troubles Digestifs Mineurs <input type="checkbox"/> Paludisme Simple <input type="checkbox"/> Paludisme Peu Probable	<input type="checkbox"/> Rougeole Grave et Complicquée <input type="checkbox"/> Rougeole avec Complications aux Yeux et/ou à la Bouche <input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Mastoïdite <input type="checkbox"/> Infection Aiguë de l'Oreille <input type="checkbox"/> Infection Chronique de l'Oreille <input type="checkbox"/> Pas d'Infection d'Oreille	<input type="checkbox"/> Anémie Sévère <input type="checkbox"/> Anémie Légère <input type="checkbox"/> Pas d'Anémie	<input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Sévère avec Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Modérée avec Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Sévère sans Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Modérée sans Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Chronique Sévère <input type="checkbox"/> Malnutrition Chronique Modérée <input type="checkbox"/> Pas de Malnutrition	
			Age:..... Sexe:.....					<input type="checkbox"/> Incapable de boire ou de prendre le sein <input type="checkbox"/> Vomit tout <input type="checkbox"/> Antécédents de convulsions au cours de la maladie actuelle <input type="checkbox"/> Léthargique/ Inconscient <input type="checkbox"/> Convulsions actuelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ jours Respirations: _____ /minute <input type="checkbox"/> Respiration rapide <input type="checkbox"/> Tirage sous-costal <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Sifflement	<input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non _____ jours <input type="checkbox"/> Diarrhée durant 14 jours <input type="checkbox"/> Sang dans les selles <input type="checkbox"/> Léthargique/ Inconscient <input type="checkbox"/> Agité/ Irritable <input type="checkbox"/> Yeux enfoncés <input type="checkbox"/> Boit avidement <input type="checkbox"/> Incapable de boire ou boit difficilement <input type="checkbox"/> Pli cutanée s'efface lentement <input type="checkbox"/> Pli cutanée s'efface très lentement	<input type="checkbox"/> Oui _____ jours <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fièvre depuis 7 jours et présente tous les jours <input type="checkbox"/> Diarrhée modérée <input type="checkbox"/> Vomissements mineurs <input type="checkbox"/> Raideur de la nuque - Résultats de GE et/ou TDR: <input type="checkbox"/> Positif(+) <input type="checkbox"/> Négatif(-)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antécédents de rougeole au cours des 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Eruption généralisée et un des signes suivants: <input type="checkbox"/> Toux, <input type="checkbox"/> Yeux rouges, <input type="checkbox"/> Écoulement nasal +Rougeole? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ulcérations dans la bouche Si ulcérations: <input type="checkbox"/> profondes et/ou étendues? <input type="checkbox"/> Opacités de la cornée <input type="checkbox"/> Pus aux yeux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Douleur d'oreille <input type="checkbox"/> Écoulement d'oreille depuis _____ jours <input type="checkbox"/> Douleur à la pression du tragus <input type="checkbox"/> Gonflement douloureux derrière l'oreille	Pâleur palmaire <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Absente (pas de pâleur)	- Oedème des deux pieds? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Signe de Gravité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - MUAC (en mm) _____
	Provenance (Z,HZ,HD):		Assurance maladie:..... Number:.....				Signe(s) de danger présent(s)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pneumonie Grave ou Maladie Très Grave <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Pas de pneumonie: Toux ou Rhume	<input type="checkbox"/> Déshydratation Sévère <input type="checkbox"/> Signes Evidents de Déshydratation <input type="checkbox"/> Pas de Déshydratation <input type="checkbox"/> Diarrhée Persistante Sévère <input type="checkbox"/> Diarrhée Persistante <input type="checkbox"/> Diarrhée Sanglante	<input type="checkbox"/> Paludisme Grave <input type="checkbox"/> Maladie Fébrile Très Grave <input type="checkbox"/> Paludisme Simple avec Troubles Digestifs Mineurs <input type="checkbox"/> Paludisme Simple <input type="checkbox"/> Paludisme Peu Probable	<input type="checkbox"/> Rougeole Grave et Complicquée <input type="checkbox"/> Rougeole avec Complications aux Yeux et/ou à la Bouche <input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Mastoïdite <input type="checkbox"/> Infection Aiguë de l'Oreille <input type="checkbox"/> Infection Chronique de l'Oreille <input type="checkbox"/> Pas d'Infection d'Oreille	<input type="checkbox"/> Anémie Sévère <input type="checkbox"/> Anémie Légère <input type="checkbox"/> Pas d'Anémie	<input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Sévère avec Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Modérée avec Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Sévère sans Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Modérée sans Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Chronique Sévère <input type="checkbox"/> Malnutrition Chronique Modérée <input type="checkbox"/> Pas de Malnutrition	
			Age:..... Sexe:.....					<input type="checkbox"/> Incapable de boire ou de prendre le sein <input type="checkbox"/> Vomit tout <input type="checkbox"/> Antécédents de convulsions au cours de la maladie actuelle <input type="checkbox"/> Léthargique/ Inconscient <input type="checkbox"/> Convulsions actuelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ jours Respirations: _____ /minute <input type="checkbox"/> Respiration rapide <input type="checkbox"/> Tirage sous-costal <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Sifflement	<input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non _____ jours <input type="checkbox"/> Diarrhée durant 14 jours <input type="checkbox"/> Sang dans les selles <input type="checkbox"/> Léthargique/ Inconscient <input type="checkbox"/> Agité/ Irritable <input type="checkbox"/> Yeux enfoncés <input type="checkbox"/> Boit avidement <input type="checkbox"/> Incapable de boire ou boit difficilement <input type="checkbox"/> Pli cutanée s'efface lentement <input type="checkbox"/> Pli cutanée s'efface très lentement	<input type="checkbox"/> Oui _____ jours <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fièvre depuis 7 jours et présente tous les jours <input type="checkbox"/> Diarrhée modérée <input type="checkbox"/> Vomissements mineurs <input type="checkbox"/> Raideur de la nuque - Résultats de GE et/ou TDR: <input type="checkbox"/> Positif(+) <input type="checkbox"/> Négatif(-)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antécédents de rougeole au cours des 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Eruption généralisée et un des signes suivants: <input type="checkbox"/> Toux, <input type="checkbox"/> Yeux rouges, <input type="checkbox"/> Écoulement nasal +Rougeole? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ulcérations dans la bouche Si ulcérations: <input type="checkbox"/> profondes et/ou étendues? <input type="checkbox"/> Opacités de la cornée <input type="checkbox"/> Pus aux yeux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Douleur d'oreille <input type="checkbox"/> Écoulement d'oreille depuis _____ jours <input type="checkbox"/> Douleur à la pression du tragus <input type="checkbox"/> Gonflement douloureux derrière l'oreille	Pâleur palmaire <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Absente (pas de pâleur)	- Oedème des deux pieds? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Signe de Gravité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - MUAC (en mm) _____
	Provenance (Z,HZ,HD):		Assurance maladie:..... Number:.....				Signe(s) de danger présent(s)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pneumonie Grave ou Maladie Très Grave <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Pas de pneumonie: Toux ou Rhume	<input type="checkbox"/> Déshydratation Sévère <input type="checkbox"/> Signes Evidents de Déshydratation <input type="checkbox"/> Pas de Déshydratation <input type="checkbox"/> Diarrhée Persistante Sévère <input type="checkbox"/> Diarrhée Persistante <input type="checkbox"/> Diarrhée Sanglante	<input type="checkbox"/> Paludisme Grave <input type="checkbox"/> Maladie Fébrile Très Grave <input type="checkbox"/> Paludisme Simple avec Troubles Digestifs Mineurs <input type="checkbox"/> Paludisme Simple <input type="checkbox"/> Paludisme Peu Probable	<input type="checkbox"/> Rougeole Grave et Complicquée <input type="checkbox"/> Rougeole avec Complications aux Yeux et/ou à la Bouche <input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Mastoïdite <input type="checkbox"/> Infection Aiguë de l'Oreille <input type="checkbox"/> Infection Chronique de l'Oreille <input type="checkbox"/> Pas d'Infection d'Oreille	<input type="checkbox"/> Anémie Sévère <input type="checkbox"/> Anémie Légère <input type="checkbox"/> Pas d'Anémie	<input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Sévère avec Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Modérée avec Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Sévère sans Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Aiguë Modérée sans Complication <input type="checkbox"/> Malnutrition Chronique Sévère <input type="checkbox"/> Malnutrition Chronique Modérée <input type="checkbox"/> Pas de Malnutrition	

REGISTRE DES ENFANTS AGE DE 2 MOIS - 5 ANS

				Evaluer l'alimentation (enfant moins de 2 ans ou si malnutrition)	Autres problèmes	Traitement reçu			Quand revenir immédiatement	Suivi	Observation, Nom du prestataire et signature
Infection à VIH	Risque de TB	Etat vaccinal	Vitamine A et Déparasitage			Médicaments reçus/dose (Qté/Jr; # fois/Jr et # de Jrs)	Conseils à la mère ou au tuteur	Référé de/ à			
- Sérologie de l'enfant: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible Si positive a 9 mois? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non Si positive a 24 mois? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non - PCR à 6 semaines: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible - PCR de confirmation: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible - Sérologie de la mère: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible - Sérologie du père: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible	<input type="checkbox"/> Contact avec TPB+ <input type="checkbox"/> Toux depuis 14 jours ou plus <input type="checkbox"/> Fièvre depuis 14 jours ou plus <input type="checkbox"/> Perte de poids ou pas de gain pondérale ♦Risque de TB: <input type="checkbox"/>Haut, <input type="checkbox"/>Faible	<input type="checkbox"/> BCG - Polio: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 +IPV - Pentavalent: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 - Rotavirus: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 - PCV: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 - Anti Rougeole et Rubéole: <input type="checkbox"/> 9mois <input type="checkbox"/> 15mois	Enfant âgé de 6 mois ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Vit. A reçu au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non	- Allaitement au sein: <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non Si oui, la nuit? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non Nbre de fois en 24h: _____ - Autres aliments et liquides: <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non - Si oui, lesquels? _____ Nbre de fois en 24h: _____ - Si malnutrition, quantité par repas _____ - Qui fait manger l'enfant? _____ - Comment? _____	<input type="checkbox"/> Eruption cutanée non spécifique <input type="checkbox"/> Infection cutanée Gale <input type="checkbox"/> Infections cutanées Mycoses Superficielles <input type="checkbox"/> Infections cutanées autres <input type="checkbox"/> Parasitoses intestinales <input type="checkbox"/> Méningite présumée <input type="checkbox"/> Infections des dents et des gencives <input type="checkbox"/> Infections des voies urinaires <input type="checkbox"/> Intoxications alimentaires <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Traumatismes Physiques, autres que les Fractures <input type="checkbox"/> Autre à spécifier: _____ Autres examens de Labo.:	<input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Chauffer l'enfant <input type="checkbox"/> Espacement des naissances <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Position au sein <input type="checkbox"/> Traitement à domicile <input type="checkbox"/> Quand revenir	<input type="checkbox"/> Est incapable de boire ou de têter <input type="checkbox"/> Devient plus malade <input type="checkbox"/> Développe de la fièvre <input type="checkbox"/> Respiration rapide <input type="checkbox"/> Respiration difficile <input type="checkbox"/> Sang dans les selles <input type="checkbox"/> Boit difficilement Date de rendez-vous:/...../.....	Fait le:/...../..... - Résultat: <input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Détérioré <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Pas revenu <input type="checkbox"/> Décédé - Conduite à tenir:			
<input type="checkbox"/> Infection VIH Confirmée <input type="checkbox"/> Infection VIH Possible et/ou Exposition au VIH <input type="checkbox"/> Infection VIH Probable <input type="checkbox"/> Pas d'Infection à VIH	<input type="checkbox"/> TB Pulmonaire Bactériologiquement Confirmé <input type="checkbox"/> TB Pulmonaire Cliniquement Diagnostiqué <input type="checkbox"/> Exposition à la TB <input type="checkbox"/> TB Possible <input type="checkbox"/> TB Peu Probable	<input type="checkbox"/> Vaccins à administrer ce jour: _____	<input type="checkbox"/> Vitamine A à administrer ce jour: _____ <input type="checkbox"/> Déparasitage à administrer ce jour: _____	<input type="checkbox"/> Problème d'Alimentation <input type="checkbox"/> Pas de Problème d'Alimentation	Autres examens de Labo.:						
- Sérologie de l'enfant: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible Si positive a 9 mois? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non Si positive a 24 mois? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non - PCR à 6 semaines: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible - PCR de confirmation: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible - Sérologie de la mère: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible - Sérologie du père: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible	<input type="checkbox"/> Contact avec TPB+ <input type="checkbox"/> Toux depuis 14 jours ou plus <input type="checkbox"/> Fièvre depuis 14 jours ou plus <input type="checkbox"/> Perte de poids ou pas de gain pondérale ♦Risque de TB: <input type="checkbox"/>Haut, <input type="checkbox"/>Faible	<input type="checkbox"/> BCG - Polio: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 +IPV - Pentavalent: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 - Rotavirus: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 - PCV: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 - Anti Rougeole et Rubéole: <input type="checkbox"/> 9mois <input type="checkbox"/> 15mois	Enfant âgé de 6 mois ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Vit. A reçu au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non	- Allaitement au sein: <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non Si oui, la nuit? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non Nbre de fois en 24h: _____ - Autres aliments et liquides: <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non - Si oui, lesquels? _____ Nbre de fois en 24h: _____ - Si malnutrition, quantité par repas _____ - Qui fait manger l'enfant? _____ - Comment? _____	<input type="checkbox"/> Eruption cutanée non spécifique <input type="checkbox"/> Infection cutanée Gale <input type="checkbox"/> Infections cutanées Mycoses Superficielles <input type="checkbox"/> Infections cutanées autres <input type="checkbox"/> Parasitoses intestinales <input type="checkbox"/> Méningite présumée <input type="checkbox"/> Infections des dents et des gencives <input type="checkbox"/> Infections des voies urinaires <input type="checkbox"/> Intoxications alimentaires <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Traumatismes Physiques, autres que les Fractures <input type="checkbox"/> Autre à spécifier: _____ Autres examens de Labo.:	<input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Chauffer l'enfant <input type="checkbox"/> Espacement des naissances <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Position au sein <input type="checkbox"/> Traitement à domicile <input type="checkbox"/> Quand revenir	<input type="checkbox"/> Est incapable de boire ou de têter <input type="checkbox"/> Devient plus malade <input type="checkbox"/> Développe de la fièvre <input type="checkbox"/> Respiration rapide <input type="checkbox"/> Respiration difficile <input type="checkbox"/> Sang dans les selles <input type="checkbox"/> Boit difficilement Date de rendez-vous:/...../.....	Fait le:/...../..... - Résultat: <input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Détérioré <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Pas revenu <input type="checkbox"/> Décédé - Conduite à tenir:			
<input type="checkbox"/> Infection VIH Confirmée <input type="checkbox"/> Infection VIH Possible et/ou Exposition au VIH <input type="checkbox"/> Infection VIH Probable <input type="checkbox"/> Pas d'Infection à VIH	<input type="checkbox"/> TB Pulmonaire Bactériologiquement Confirmé <input type="checkbox"/> TB Pulmonaire Cliniquement Diagnostiqué <input type="checkbox"/> Exposition à la TB <input type="checkbox"/> TB Possible <input type="checkbox"/> TB Peu Probable	<input type="checkbox"/> Vaccins à administrer ce jour: _____	<input type="checkbox"/> Vitamine A à administrer ce jour: _____ <input type="checkbox"/> Déparasitage à administrer ce jour: _____	<input type="checkbox"/> Problème d'Alimentation <input type="checkbox"/> Pas de Problème d'Alimentation	Autres examens de Labo.:						
- Sérologie de l'enfant: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible Si positive a 9 mois? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non Si positive a 24 mois? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non - PCR à 6 semaines: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible - PCR de confirmation: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible - Sérologie de la mère: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible - Sérologie du père: <input type="checkbox"/> (+), <input type="checkbox"/> (-), <input type="checkbox"/> Non disponible	<input type="checkbox"/> Contact avec TPB+ <input type="checkbox"/> Toux depuis 14 jours ou plus <input type="checkbox"/> Fièvre depuis 14 jours ou plus <input type="checkbox"/> Perte de poids ou pas de gain pondérale ♦Risque de TB: <input type="checkbox"/>Haut, <input type="checkbox"/>Faible	<input type="checkbox"/> BCG - Polio: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 +IPV - Pentavalent: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 - Rotavirus: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 - PCV: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 - Anti Rougeole et Rubéole: <input type="checkbox"/> 9mois <input type="checkbox"/> 15mois	Enfant âgé de 6 mois ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Vit. A reçu au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non	- Allaitement au sein: <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non Si oui, la nuit? <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non Nbre de fois en 24h: _____ - Autres aliments et liquides: <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non - Si oui, lesquels? _____ Nbre de fois en 24h: _____ - Si malnutrition, quantité par repas _____ - Qui fait manger l'enfant? _____ - Comment? _____	<input type="checkbox"/> Eruption cutanée non spécifique <input type="checkbox"/> Infection cutanée Gale <input type="checkbox"/> Infections cutanées Mycoses Superficielles <input type="checkbox"/> Infections cutanées autres <input type="checkbox"/> Parasitoses intestinales <input type="checkbox"/> Méningite présumée <input type="checkbox"/> Infections des dents et des gencives <input type="checkbox"/> Infections des voies urinaires <input type="checkbox"/> Intoxications alimentaires <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Traumatismes Physiques, autres que les Fractures <input type="checkbox"/> Autre à spécifier: _____ Autres examens de Labo.:	<input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Chauffer l'enfant <input type="checkbox"/> Espacement des naissances <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Position au sein <input type="checkbox"/> Traitement à domicile <input type="checkbox"/> Quand revenir	<input type="checkbox"/> Est incapable de boire ou de têter <input type="checkbox"/> Devient plus malade <input type="checkbox"/> Développe de la fièvre <input type="checkbox"/> Respiration rapide <input type="checkbox"/> Respiration difficile <input type="checkbox"/> Sang dans les selles <input type="checkbox"/> Boit difficilement Date de rendez-vous:/...../.....	Fait le:/...../..... - Résultat: <input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Détérioré <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Pas revenu <input type="checkbox"/> Décédé - Conduite à tenir:			
<input type="checkbox"/> Infection VIH Confirmée <input type="checkbox"/> Infection VIH Possible et/ou Exposition au VIH <input type="checkbox"/> Infection VIH Probable <input type="checkbox"/> Pas d'Infection à VIH	<input type="checkbox"/> TB Pulmonaire Bactériologiquement Confirmé <input type="checkbox"/> TB Pulmonaire Cliniquement Diagnostiqué <input type="checkbox"/> Exposition à la TB <input type="checkbox"/> TB Possible <input type="checkbox"/> TB Peu Probable	<input type="checkbox"/> Vaccins à administrer ce jour: _____	<input type="checkbox"/> Vitamine A à administrer ce jour: _____ <input type="checkbox"/> Déparasitage à administrer ce jour: _____	<input type="checkbox"/> Problème d'Alimentation <input type="checkbox"/> Pas de Problème d'Alimentation	Autres examens de Labo.:						

REGISTRE DES ENFANTS AGE D'UNE SEMAINE A 2 MOIS

REGISTRE DES ENFANTS AGE D'UNE SEMAINE A 2 MOIS

Date	Nom Enfant Nom Parents	Age en semaine	Poids	Plaintes actuelles	EVALUATION (cochez le signe présent, écrivez ou cochez si nécessaire) et CLASSIFICATION					Etat vaccinal a jour	Autres problèmes	Traitement			Quand revenir immédiatement	Suivi		Observation/Conduite à tenir en cas de visite de suivi + prestataire et signature
					Si le signe est présent, cochez la case!							Médicaments reçus	Conseiller la mère	Référé de /à		Visite de suivi (Date)	Fait le Résultats	
N° de Série	Adresse (Secteur/Cellule/Village)	Sexe	T°		Possibilité d'infection Bactérienne ou maladie grave	Diarrhée	Evaluer la prise du sein	Problème d'alimentation et d'insuffisance pondérale	VIH/SIDA									
					<input type="checkbox"/> Incapacité de se nourrir <input type="checkbox"/> Convulsions * Fréquence respiratoire:/min <input type="checkbox"/> Respiration rapide <input type="checkbox"/> Tirage sous-costal grave <input type="checkbox"/> Battements des ailes du nez <input type="checkbox"/> Geignement <input type="checkbox"/> Fontanelle bombée <input type="checkbox"/> Ecoulement du pus de l'oreille <input type="checkbox"/> Rougeur ombilicale s'étendant à la peau <input type="checkbox"/> Temp $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ou $< 35,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Pustules cutanées nombreuses ou sévères <input type="checkbox"/> Léthargique ou inconscient <input type="checkbox"/> Mouvements inférieurs à la normale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ____jours <input type="checkbox"/> Diarrhée durant 14 jours ou plus <input type="checkbox"/> Sang dans les selles <input type="checkbox"/> Léthargique ou inconscient <input type="checkbox"/> Agité et irritable <input type="checkbox"/> Les yeux enfoncés <input type="checkbox"/> Boit avidement <input type="checkbox"/> Pli cutané s'efface: <input type="checkbox"/> Très lentement <input type="checkbox"/> Lentement	<input type="checkbox"/> Menton touche le sein <input type="checkbox"/> Bouche grandement ouverte <input type="checkbox"/> Lèvre inférieur éversé vers l'extérieur <input type="checkbox"/> L'aréole plus visible au dessus qu'au dessous * Combien de tétées en 24h:	<input type="checkbox"/> Difficultés à se nourrir <input type="checkbox"/> Pas de prise de sein <input type="checkbox"/> Pas de succion <input type="checkbox"/> Mauvaise prise de sein <input type="checkbox"/> Succion non efficace * Combien de tétées en 24h: <input type="checkbox"/> Allaitement au sein moins de 8 fois/jour <input type="checkbox"/> Reçoit d'autre aliments ou liquides <input type="checkbox"/> Poids faible pour l'âge <input type="checkbox"/> Lésions buccales (Muguet)	<input type="checkbox"/> PCR de confirmation positive <input type="checkbox"/> Sérologie VIH de la mère et/ou du père positive <input type="checkbox"/> PCR ou Sérologie du nourrisson positive <input type="checkbox"/> Sérologie des parents inconnue <input type="checkbox"/> Sérologie VIH de la mère et du père négative pendant la grossesse ou l'allaitement	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pentavalent <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Chauffer l'enfant <input type="checkbox"/> Espacement des naissances <input type="checkbox"/> Position au sein <input type="checkbox"/> Traitement a domicile <input type="checkbox"/> Quand revenir	<input type="checkbox"/> Ne s'alimente pas bien <input type="checkbox"/> De vient plus malade <input type="checkbox"/> Développe de la fièvre <input type="checkbox"/> Respire rapidement <input type="checkbox"/> Respire difficilement <input type="checkbox"/> Sang dans les selles	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Détérioré <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Pas revenu <input type="checkbox"/> Décédé				
	Provenance (Z,HZ,HD):			Assurance maladie: Number:	<input type="checkbox"/> Possibilité d'infection bactérienne grave ou maladie grave <input type="checkbox"/> Infection bactérienne locale <input type="checkbox"/> Infection bactérienne peu probable	<input type="checkbox"/> Déshydratation Sévère <input type="checkbox"/> Signes Evidents de Déshydratation <input type="checkbox"/> Pas de Déshydratation <input type="checkbox"/> Diarrhée Persistante Grave <input type="checkbox"/> Diarrhée Sanglante	Prise de sein: <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Pas du tout Succion: <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non-efficace <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Possibilité d'infection bactérienne grave ou maladie grave <input type="checkbox"/> Problème d'alimentation et ou poids faible pour l'âge <input type="checkbox"/> Pas de Problème d'alimentation et pas de poids faible pour l'âge	<input type="checkbox"/> Infection VIH Confirmée <input type="checkbox"/> Infection VIH Possible <input type="checkbox"/> Infection VIH Probable <input type="checkbox"/> Infection VIH Peu Probable	<input type="checkbox"/> Vaccination pas à jour	Autres examens de Labo:							
	Provenance (Z,HZ,HD):			Assurance maladie: Number:	<input type="checkbox"/> Possibilité d'infection bactérienne grave ou maladie grave <input type="checkbox"/> Infection bactérienne locale <input type="checkbox"/> Infection bactérienne peu probable	<input type="checkbox"/> Déshydratation Sévère <input type="checkbox"/> Signes Evidents de Déshydratation <input type="checkbox"/> Pas de Déshydratation <input type="checkbox"/> Diarrhée Persistante Grave <input type="checkbox"/> Diarrhée Sanglante	Prise de sein: <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Pas du tout Succion: <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non-efficace <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Possibilité d'infection bactérienne grave ou maladie grave <input type="checkbox"/> Problème d'alimentation et ou poids faible pour l'âge <input type="checkbox"/> Pas de Problème d'alimentation et pas de poids faible pour l'âge	<input type="checkbox"/> Infection VIH Confirmée <input type="checkbox"/> Infection VIH Possible <input type="checkbox"/> Infection VIH Probable <input type="checkbox"/> Infection VIH Peu Probable	<input type="checkbox"/> Vaccination pas à jour	Autres examens de Labo:							
	Provenance (Z,HZ,HD):			Assurance maladie: Number:	<input type="checkbox"/> Possibilité d'infection bactérienne grave ou maladie grave <input type="checkbox"/> Infection bactérienne locale <input type="checkbox"/> Infection bactérienne peu probable	<input type="checkbox"/> Déshydratation Sévère <input type="checkbox"/> Signes Evidents de Déshydratation <input type="checkbox"/> Pas de Déshydratation <input type="checkbox"/> Diarrhée Persistante Grave <input type="checkbox"/> Diarrhée Sanglante	Prise de sein: <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Pas du tout Succion: <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non-efficace <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Possibilité d'infection bactérienne grave ou maladie grave <input type="checkbox"/> Problème d'alimentation et ou poids faible pour l'âge <input type="checkbox"/> Pas de Problème d'alimentation et pas de poids faible pour l'âge	<input type="checkbox"/> Infection VIH Confirmée <input type="checkbox"/> Infection VIH Possible <input type="checkbox"/> Infection VIH Probable <input type="checkbox"/> Infection VIH Peu Probable	<input type="checkbox"/> Vaccination pas à jour	Autres examens de Labo:							

REGISTRE DES NOUVEAU-NES de 0 A 7 JOURS

REGISTRE DES NOUVEAU-NES de 0 A 7 JOURS

Date	Nom	Age en jours	Poids	Plaintes actuelles	EVALUATION (cochez le signe présent, écrivez ou cochez si nécessaire) et CLASSIFICATION							Etat vaccinal à jour	Autres problèmes	Traitement			Quand revenir immédiatement	Suivi	Observation, Nom du prestataire et signature		
					Rechercher une maladie grave ou une infection bactérienne grave, une hypothermie modérée et une infection bactérienne locale	Recherche d'un petit poids	Si le signe est présent, cochez la case!			Difficultés d'alimentation	Evaluer l'allaitement			Médicaments reçus	Conseiller la mère	Référé de/à				Rendez-vous de suivi (Date)	Résultats
							Recherche d'une infection oculaire	Rechercher l'ictère néonatal	VIH/SIDA												
				<input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Incapable de s'alimenter <input type="checkbox"/> Respiration rapide (≥ 60 resp/min) <input type="checkbox"/> Tirage sous costal grave <input type="checkbox"/> Geignement expiratoire <input type="checkbox"/> Mouvement si stimulation <input type="checkbox"/> Pas de mouvement même à la stimulation <input type="checkbox"/> Température ≥ 37,5°C <input type="checkbox"/> Température < 35,5°C <input type="checkbox"/> Rougeur ombilical s'étendant à la peau <input type="checkbox"/> Pustules cutanées	Poids actuel <input type="checkbox"/> <1500g <input type="checkbox"/> entre 1500g et 1800g <input type="checkbox"/> >1800g et 2500g <input type="checkbox"/> ≥ 2500g	<input type="checkbox"/> Yeux enflés <input type="checkbox"/> Yeux purulents <input type="checkbox"/> Pas d'yeux enflés ni purulents	<input type="checkbox"/> Mère et/ou père séropositif <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents inconnue <input type="checkbox"/> Un parent séronégatif, l'autre inconnu <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents négative	<input type="checkbox"/> Mère et/ou père séropositif <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents inconnue <input type="checkbox"/> Un parent séronégatif, l'autre inconnu <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents négative	<input type="checkbox"/> Mère et/ou père séropositif <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents inconnue <input type="checkbox"/> Un parent séronégatif, l'autre inconnu <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents négative	<input type="checkbox"/> Mère et/ou père séropositif <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents inconnue <input type="checkbox"/> Un parent séronégatif, l'autre inconnu <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents négative	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Polio 0		<input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Garder le nouveau-né à chaud <input type="checkbox"/> Espacement des naissances <input type="checkbox"/> Soins du nouveau-né à domicile <input type="checkbox"/> Quand revenir	<input type="checkbox"/> S'alimente difficilement <input type="checkbox"/> Devient plus malade <input type="checkbox"/> Développe de la fièvre <input type="checkbox"/> Respire rapidement <input type="checkbox"/> Devient léthargique <input type="checkbox"/> Respire difficilement <input type="checkbox"/> L'abdomen semble froid	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Déterioré <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Pas revenu <input type="checkbox"/> Décédé						
				<input type="checkbox"/> Infection Bactérienne Grave ou Maladie Grave <input type="checkbox"/> Infection Bactérienne locale <input type="checkbox"/> Hypothermie modérée <input type="checkbox"/> Infection Bactérienne peu probable et pas d'hypothermie	<input type="checkbox"/> Très Petit Poids <input type="checkbox"/> Petit Poids <input type="checkbox"/> Pas de Petit Poids	<input type="checkbox"/> Gonococcie Oculaire Probable <input type="checkbox"/> Conjonctivite <input type="checkbox"/> Pas d'infection oculaire	<input type="checkbox"/> Ictère grave <input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> Pas d'ictère	<input type="checkbox"/> Transmission VIH Possible <input type="checkbox"/> Transmission VIH Probable <input type="checkbox"/> Transmission VIH Peu Probable	<input type="checkbox"/> Maladie ou infection bactérienne grave <input type="checkbox"/> Problème d'alimentation <input type="checkbox"/> Pas de problème d'alimentation	Prise de sein: <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Pas du tout Succion: <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non-effic. <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Vaccination pas à jour	Autres examens de Labo.:		<input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Garder le nouveau-né à chaud <input type="checkbox"/> Espacement des naissances <input type="checkbox"/> Soins du nouveau-né à domicile <input type="checkbox"/> Quand revenir	<input type="checkbox"/> S'alimente difficilement <input type="checkbox"/> Devient plus malade <input type="checkbox"/> Développe de la fièvre <input type="checkbox"/> Respire rapidement <input type="checkbox"/> Devient léthargique <input type="checkbox"/> Respire difficilement <input type="checkbox"/> L'abdomen semble froid	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Déterioré <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Pas revenu <input type="checkbox"/> Décédé					
				<input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Incapable de s'alimenter <input type="checkbox"/> Respiration rapide (≥ 60 resp/min) <input type="checkbox"/> Tirage sous costal grave <input type="checkbox"/> Geignement expiratoire <input type="checkbox"/> Mouvement si stimulation <input type="checkbox"/> Pas de mouvement même à la stimulation <input type="checkbox"/> Température ≥ 37,5°C <input type="checkbox"/> Température < 35,5°C <input type="checkbox"/> Rougeur ombilical s'étendant à la peau <input type="checkbox"/> Pustules cutanées	Poids actuel <input type="checkbox"/> <1500g <input type="checkbox"/> entre 1500g et 1800g <input type="checkbox"/> >1800g et 2500g <input type="checkbox"/> ≥ 2500g	<input type="checkbox"/> Yeux enflés <input type="checkbox"/> Yeux purulents <input type="checkbox"/> Pas d'yeux enflés ni purulents	<input type="checkbox"/> Mère et/ou père séropositif <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents inconnue <input type="checkbox"/> Un parent séronégatif, l'autre inconnu <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents négative	<input type="checkbox"/> Mère et/ou père séropositif <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents inconnue <input type="checkbox"/> Un parent séronégatif, l'autre inconnu <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents négative	<input type="checkbox"/> Mère et/ou père séropositif <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents inconnue <input type="checkbox"/> Un parent séronégatif, l'autre inconnu <input type="checkbox"/> Sérologie des 2 parents négative	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Polio 0		<input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Garder le nouveau-né à chaud <input type="checkbox"/> Espacement des naissances <input type="checkbox"/> Soins du nouveau-né à domicile <input type="checkbox"/> Quand revenir	<input type="checkbox"/> S'alimente difficilement <input type="checkbox"/> Devient plus malade <input type="checkbox"/> Développe de la fièvre <input type="checkbox"/> Respire rapidement <input type="checkbox"/> Devient léthargique <input type="checkbox"/> Respire difficilement <input type="checkbox"/> L'abdomen semble froid	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Déterioré <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Pas revenu <input type="checkbox"/> Décédé							
				<input type="checkbox"/> Infection Bactérienne Grave ou Maladie Grave <input type="checkbox"/> Infection Bactérienne locale <input type="checkbox"/> Hypothermie modérée <input type="checkbox"/> Infection Bactérienne peu probable et pas d'hypothermie	<input type="checkbox"/> Très Petit Poids <input type="checkbox"/> Petit Poids <input type="checkbox"/> Pas de Petit Poids	<input type="checkbox"/> Gonococcie Oculaire Probable <input type="checkbox"/> Conjonctivite <input type="checkbox"/> Pas d'infection oculaire	<input type="checkbox"/> Ictère grave <input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> Pas d'ictère	<input type="checkbox"/> Transmission VIH Possible <input type="checkbox"/> Transmission VIH Probable <input type="checkbox"/> Transmission VIH Peu Probable	<input type="checkbox"/> Maladie ou infection bactérienne grave <input type="checkbox"/> Problème d'alimentation <input type="checkbox"/> Pas de problème d'alimentation	Prise de sein: <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Pas du tout Succion: <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non-effic. <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Vaccination pas à jour	Autres examens de Labo.:		<input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Garder le nouveau-né à chaud <input type="checkbox"/> Espacement des naissances <input type="checkbox"/> Soins du nouveau-né à domicile <input type="checkbox"/> Quand revenir	<input type="checkbox"/> S'alimente difficilement <input type="checkbox"/> Devient plus malade <input type="checkbox"/> Développe de la fièvre <input type="checkbox"/> Respire rapidement <input type="checkbox"/> Devient léthargique <input type="checkbox"/> Respire difficilement <input type="checkbox"/> L'abdomen semble froid	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Déterioré <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Pas revenu <input type="checkbox"/> Décédé					