

Patient

Numéro de dossier médical: []

Nom	Sous-village d'habitation	Sous-village de naissance
Sexe Femme / Homme	Nom du père	Nom de la mère
Année/date de naissance AAAA - MM - JJ	incertaine? <input type="checkbox"/> OU Age seulement (années)	Nom d'un enfant
Remarques		

Date de visite (AAAA-MM-JJ) :	Lieu de visite (Sous-village) :
-------------------------------	---------------------------------

Chez le médecin général

Médecin (ou assistant)	Tension artérielle (syst/diast) /	Poids (kg) Périmètre Brachial (cm)
Histoire / remarques (température, signes et symptômes...)		
Diagnostic 1	Diagnostic 2	Diagnostic 3

Visite prénatale (Remplissez également la section ci-dessus)

Médecin (ou assistant)	Numéro de visite (1, 2, 3...)	Vaccination anti-tetanique fait (1, 2, 3...)
Date des dernières règles (AAAA-MM-JJ)	Date de naissance estimée (AAAA-MM-JJ)	Date du prochain CPN (AAAA-MM-JJ)
G P A M	Taille de la mère (cm)	
Fréquence cardiaque de la mère (bpm)	Hauteur du fond (fundus) (cm)	Fréquence cardiaque bébé (bpm)
Oedème des membres inférieurs <input type="checkbox"/>	Saignement ou perte <input type="checkbox"/>	Bassin généralement rétréci <input type="checkbox"/>
Absence de mouvement fœtal <input type="checkbox"/>	Paludisme <input type="checkbox"/>	Besoins d'une échographie <input type="checkbox"/>
IST Niveau de risque à la naissance bas / haut		
Remarques		

Visite planning familial

Médecin (ou assistant)	Client PF nouveau? ancien / nouveau	Type de contraception DIU / injectable / pilule / implant
Test grossesse negatif / positif	Date des dernières règles (AAAA-MM-JJ)	Date du prochain rendez-vous (AAAA-MM-JJ)
Nombre d'enfants	Age dernier enfant	
Remarques		

Vaccination

Médecin (ou assistant)	Nouvelle vaccination? ancien / nouveau	Date prochaine vaccination (AAAA-MM-JJ)
<p>Ped: BCG <input type="checkbox"/> Polio 1 <input type="checkbox"/> Polio 2 <input type="checkbox"/> Polio 3 <input type="checkbox"/> DTC 1 <input type="checkbox"/> DTC 2 <input type="checkbox"/> DTC 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Rota 1 <input type="checkbox"/> Rota 2 <input type="checkbox"/> PCV 10 <input type="checkbox"/> VPI <input type="checkbox"/> Var 1 <input type="checkbox"/> Var 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Tetanique <input type="checkbox"/> Vat 1 <input type="checkbox"/> Vat 2 <input type="checkbox"/> Vat 3 <input type="checkbox"/> Vat 4 <input type="checkbox"/> Vat 5 <input type="checkbox"/></p>		
Remarques		

Prescriptions de médicament

Médecin (ou assistant):			
Médicament (et unité)	Nombre (unités)	Dose / méthode d'utilisation	Pour...

Frais

Paielements

Chez le médecin général	Ar.	Espèces	Ar.
Prénatale	Ar.	Acitivité main d'oeuvre	Ar.
Planning Familiale	Ar.	Artisanat	Ar.
Médicaments	Ar.	Semis	Ar.
		Produits agricole	Ar.
TOTAL	Ar.	TOTAL	Ar.