

Date d'entrée..... ID.....
Nom Prénoms
Poids de Naissance..... Taille de naissance PC PT
Sexe Autres
Date et lieu de naissance Age
Handicap de l'anthropométrie
Initiateur de la consultation : Agent de santé Parents Autres
Motif de la consultation : Problème médical Alimentation Réparation
Type de fente :
Malformations associées :
Dates d'intervention :

Mère

Nom Prénoms
Date de naissance : Lieu de naissance :
Poids Taille Pn
Profession : Tel :
Lieu de résidence actuelle :
Lieux de résidences antérieures et durée de séjour :
Séjour dans une zone aurifère :
Utilisation de pesticide dans les champs ou les jardins :
Ethnie : Village d'origine :
Département : Province :
Nombre de geste : à terme non parvenue à terme
Nombre de naissances vivantes
Rang dans la fratrie
Consanguinité :
Vécu psychologique :
Grande détresse : déni :
Culpabilité : rejet :
Colère : refuse divine :

Père

Nom Prénoms
Date et lieu de naissance âge
Profession : Tel :
Poids Taille
Lieu de résidence actuelle :
Lieux de résidences antérieures et durée de séjour :
Séjour dans une zone aurifère :

Utilisation de pesticide dans les champs ou les jardins :
Ethnie : Village d'origine :
Département : Province :
Vécu psychologique :
Grande détresse : déni :
Culpabilité : rejet :
Colère : refuse divine :

Santé (mère)

Vaccination de la mère :
Nombre de Consultation prénatale :
Nombre d'échographie :
Résultats d'échographie
Antécédents familiaux de malformation :
Antécédents familiaux de malformation (père) :
Autre

Counseling
Photo (accord des parents) :

Habitudes alimentaires

Menu habituel de la maman.

Matin..... 10h..... 13h.....
16h..... 18h.....

Interdits alimentaires :

- Père.....
- Mère.....

Alimentation

Modification de l'alimentation au cours de la grossesse :

Maladie au cours de la grossesse :

Médicaments utilisés au cours de la grossesse

Habitudes alimentaires

Mode d'alimentation de l'enfant

- Mise au sein immédiat après l'accouchement
- Délais de la première tétée : 1h..... 1 journée..... Autres.....
- Effet indésirables rencontrés pendant l'alimentation
- Au sein..... lait exprimé..... SLM..... MIXTE..... Biberon.....

Après combien de temps prescription de SLM

Position d'alimentation

Démonstration d'entretien des biberons

Le nombre de boîte de lait par semaine..... par mois.....
Menu proposé à la maman
Matin..... 10h.....
13h.....
16h..... 18h.....

Suivi

Mère :

poids..... RP/T..... IMC.....

Enfant :

pds..... Taille..... PBMH..... P/T.....

P/A..... T/A.....

Alimentation.....

Date de la réparation.....

Effets indésirables de la réparation.....