

Date d'entrée..... ID.....
Nom : Prénoms :
Poids de Naissance..... Taille de naissance..... PC..... PT.....
Sexe Autres.....
Date et lieu de naissance..... Age.....
Handicape 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 antérieurs 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 termes..... 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 antérieurs 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 tété : 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 :

Menu proposé à la maman
Matin.....
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