

IDENTIFIER LES PAGES DU CARNET DE SANTE A SCANNER/PHOTOGRAPHER

Voici l'exemple d'un carnet de santé factice correspondant à un enfant de 22 mois

Identifiez toutes les pages à scanner/photographier : il s'agit des parties « période périnatale » (après la sortie de la maternité) « surveillance médicale » et « vaccinations, maladies infectieuses » avec écriture du médecin.

⇒ *Ici, elles correspondent aux pages 11, 20-23, 26-29, 32-33, 36-37, 40-41, 98 à 101*
Temps estimé : 2 min



Les informations encadrées en rouge sur la suite de ce document correspondent aux informations identifiantes à masquer



SORTIE DE MATERNITÉ

Date de sortie : _____

Poids de sortie : _____ g

Alimentation : allaitement maternel au biberon mixte

Traitements de sortie : vitamine K vitamine D*

Autres : _____

Prévention de la mort inattendue du nourrisson :

Conseils donnés (cf. page 16) : non oui

Observations particulières, conclusions, examens complémentaires, traitements entrepris, recommandations éventuelles :



* L'os en croissance a besoin de vitamine D, votre médecin prescrira le supplément nécessaire.



Si votre enfant garde un teint jaune au-delà de 15 jours ou si ses selles sont décolorées (blanches ou grises, cf. page 11), consultez votre médecin sans attendre.

Ne fumez jamais en présence de votre bébé. Le tabac est dangereux pour sa santé. Les enfants vivant dans un environnement enfumé ont plus de risques de développer des problèmes respiratoires (asthme, bronchites...).



EXAMEN DE LA DEUXIÈME SEMAINE

Poids : 3.320 g Taille : 50,2 cm PC : 33,5 cm

Alimentation : allaitement maternel au biberon mixte

Position de couchage adaptée : non oui



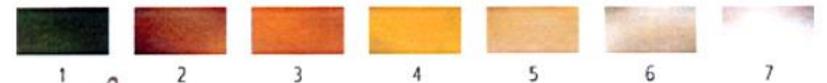
Examen clinique

Fréquence cardiaque au repos	_____	Réaction aux stimuli sonores	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Fréquence respiratoire au repos	_____	Fémorales perçues	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Souffle cardiaque	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Vigilance normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Hépatomégalie	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus axial normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Splénomégalie	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus des membres normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Hernie inguinale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Mobilité normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Ictère	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Fosses lombaires libres	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Si oui, taux maximum à J (...) de bilirubine :	_____	Hanche droite normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Organes génitaux : RAS	_____	Hanche gauche normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
		Pied droit normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
		Pied gauche normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

Autres anomalies : _____

Échelle colorimétrique des selles

Demander aux parents de quelle couleur sont les selles de leur enfant.



Numéro : 2



EXAMENS ENTRE LA DEUXIÈME SEMAINE ET DEUX MOIS

20/06/17 Naiss 3360 49 34,5

Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	Examen clinique et développement psychomoteur	Observations et prescriptions	Cachet et signature
12/06/2017	23j	3390	53	37	Abdomen souple Bon tonus / bon éveillé	Allaitement maternel → Gallia 1 ^{er} âge Prévention primaire + infos	
05/07/2017	1 mois 112	3200	55,5	38,5	Crautes de lait imitation	Huile nettoyante emallente → ADERNA. ± lotion	

Votre bébé :

- tourne la tête vers celui qui l'appelle ;
- sur le ventre (quand il est éveillé), commence à soulever sa tête puis les épaules.





EXAMEN AU COURS DU DEUXIÈME MOIS

À deux mois, votre bébé :

- commence à faire des vocalises ;
- sourit bien, fixe bien votre visage quand vous lui donnez à boire, vous regarde dans les yeux.

Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et commencer les vaccinations.
Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

sa mère

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

Non

Alimentation : allaitement maternel au biberon mixte

Si vous allaitez et pensez reprendre votre travail, des aménagements sont possibles.

Position de couchage adaptée : non oui

Échelle colorimétrique des selles remplies (cf. page 11) : non oui

Si votre bébé :

- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas ;
- pleure pendant ou juste après avoir bu ;
- pleure beaucoup.

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.



Si vous êtes fatigué(e), épuisé(e), si vous vous sentez triste, anxieux ou anxieuse, si vous êtes souvent de mauvaise humeur, si vous avez le sentiment d'être débordé(e), de ne pas comprendre les demandes de votre bébé : sachez demander de l'aide et n'hésitez pas à en parler avec votre médecin, un psychologue ou un spécialiste de la petite enfance.



Examen médical

Date : 26.07.2017 Poids : 6,020 kg Taille : 58,5 cm PC : 39,5 cm

<input checked="" type="checkbox"/> Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Strabisme	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Globes oculaires de taille normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, pris en charge	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pupilles normales	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poursuite oculaire normale	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lueurs pupillaires présentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

Réagit : sursaute, arrête son activité

à la voix	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
au bruit	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Sourire réponse	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Suit des yeux	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bouge vigoureusement les quatre membres de manière symétrique	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Émet une réponse vocale à une sollicitation	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sur le ventre, soulève tête et épaules	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>

Examen somatique et synthèse de la consultation (indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Allaitement maternel
+ Galien 1^{er} âge
+ Vitamine Zyma D.

Cachet et signature du médecin :



Examens entre 2 et 4 mois

Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	Examen clinique et développement psychomoteur	Observations et prescriptions	Cachet et signature
06/09/2017	3 mois 1/2	6900g	64cm	42cm	- Visite d'admission en crèches Bien éveillé / Bien tonique Souriant / Attentif	- Entrée en crèches : "les petits voyageurs" GULLO ARQUEIZ - Vitamine <u>Zyma D</u>	 D. D. DURAND Bât. Leriche - 1 ^{er} étage, Pte gauche 16 Avenue P. Vaillant-Couturier 94807 VILLEJUIF CEDEX Tél. : 01 45 59 50 60
26/09/2017	4 mois + 7 + 6 jours	2900g	64,5cm	44,5cm	Bon développement Galla 1 ^{er} âge + Allaitement maternel	- <u>BGG</u> recommandé - Rappel calendrier vaccinal - Apis d'éveil	 D. D. DURAND Bât. Leriche - 1 ^{er} étage, Pte gauche 16 Avenue P. Vaillant-Couturier 94807 VILLEJUIF CEDEX Tél. : 01 45 59 50 60

Votre bébé :



- gazouille, fait des vocalises de plus en plus riches ;
- se retourne du côté sur le dos, puis du ventre sur le dos.



EXAMEN AU COURS DU QUATRIÈME MOIS

À quatre mois, votre bébé :

- réagit quand on lui tend les bras ;
- tourne la tête quand on l'appelle.

Ne le laissez jamais seul, même un instant, dans le bain, sur la table à langer.

Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et continuer les vaccinations.

Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

Crèche

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

/

Alimentation : allaitement maternel au biberon mixte
 Position de couchage adaptée : non oui

Si votre bébé :

- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas ;
- pleure pendant ou juste après avoir bu ;
- pleure beaucoup.

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.



Examen médical

Date : *30/09/2017* Poids : *7,300* kg Taille : *65,2* cm PC : *43,2* cm

<input checked="" type="checkbox"/> Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Strabisme	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Globes oculaires de taille normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, pris en charge	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pupilles normales	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poursuite oculaire normale	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lueurs pupillaires présentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

Réagit : sursaute, arrête son activité

à la voix	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
au bruit	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>

Développement

Maintenu assis, tient sa tête droite	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	Vocalise	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Joue avec les mains	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	Sourire réponse	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Tourne la tête pour suivre un objet	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	Rit aux éclats	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Attrape un objet qui lui est tendu	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Bouge vigoureusement les quatre membres de manière symétrique	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Sur le ventre, - soulève tête et épaules	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
- s'appuie sur les avant-bras	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

Examen somatique et synthèse de la consultation (indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Bon développement global
Allaitement maternel (matin/sor)

Cachet et signature du médecin :

[Signature]



EXAMENS ENTRE 4 ET 9 MOIS

Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	Examen clinique et développement psychomoteur	Observations et prescriptions	Cachet et signature
12/11/2017	5 mois 112	4840g	66cm	41cm	38°5 ce jour → fièvre Rhino + toux appetit ok Reumatis RAS.	- DRP - <u>Doliprane</u> + <u>Coquelusédal</u> Allaitement maternel ± Gallie 1 ^{er} âge. Début compotes + légumes. <u>Zymad</u>	
20/11/2017	6 mois	7800g			va bien Tympan légèrement sereux. Plaques eczématiformes visage + peribucales	Crème Dermalibour ± <u>Locapred</u>	
22/12/2017	7 mois	8570g	70,5cm	46cm	T° 38,4 °C Diarrhées, abdomen souple dépressible indolore	Adiaril + <u>Doliprane</u> + Surveillance	 Votre bébé : • rit aux éclats ; • attrape les objets.



EXAMEN DU NEUVIÈME MOIS

À neuf mois, votre bébé :

- tient bien assis,
- aime jeter ses jouets pour que vous les ramassiez,
- commence à faire les marionnettes, « au revoir » avec la main ou le bras.

Dans la chaise haute, votre bébé doit toujours être attaché, ne le laissez jamais seul.

Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et contrôler les vaccinations.
 Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ? crèche

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ? non

Y a-t-il des animaux dans la maison ? non

Un médecin doit, au cours du 9^e mois, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le deuxième certificat de santé obligatoire à cet âge.

Quelle est l'alimentation de votre bébé ?

.....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....

- Si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup ;
- si votre enfant a des problèmes de sommeil ;
- si vous avez des questions sur l'alimentation, le rythme de vie ou le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.



Examen médical

Date : 18 02 2018 Poids : 9,10 kg Taille : 74,5 cm PC : 0,4 cm

Risque de saturnisme non oui

<input type="checkbox"/> Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Strabisme	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pupilles normales	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, pris en charge	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lueurs pupillaires présentes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poursuite oculaire normale	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tympan normal à gauche	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si oui, test utilisé :
<input type="checkbox"/> à droite	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :	normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/> avis spécialisé demandé <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Tient assis sans appui	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Imiter un geste simple (au revoir/bravo)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Motricité symétrique des quatre membres	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Réagit à son prénom	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se déplace	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Répète une syllabe	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saisit un objet avec la participation du pouce	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bonne qualité du sommeil	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>

Examen somatique et synthèse de la consultation (indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Rhino sans T°.
 yeux
 Tympan séreux
 Pousse dentaire
 DRP surveillance, à revoir si besoin.
 Gallia 2^e âge -
 Alimentation diversifiée.
 Zyma duo

Cachet et signature du médecin :



EXAMENS ENTRE 9 ET 16 MOIS

Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	IMC*	Examen clinique et développement psychomoteur	Observations et prescriptions	Cachet et signature
28/02/2018	9 mois	9700g	72,5cm 45cm			Fièvre + Rhinite obstruative Abdomen souple dépressible	BRD + Soliprane surveillance	

Votre enfant :

- dit son premier mot ;
- aime qu'on lui lise des histoires ;
- commence à marcher (entre 9 et 20 mois selon les enfants).





N° 12594*02

Nom : DUPONT
Prénom : HENRI
Né(e) le : 20/05/2017

Vaccinations obligatoires

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'haemophilus influenzae b et l'hépatite B*

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
26/07/2017	Infanrix Hexa (1)	x 14 207 53 01/2019	
26/09/2017	Infanrix Hexa (2)	x 18 709 07/2020	
26/11/2018	Infanrix Hexa (3)	x 20346 07/2020	

* Si le vaccin contre l'hépatite B est effectué à l'aide d'un vaccin monovalent, le reporter page 100. Si utilisation d'un vaccin autre que le vaccin hexavalent, préciser le nom du vaccin.

Vaccination contre les infections à pneumocoque

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
26/07/2017	Prevenar 13 (1)	x 13 6553 01/2019	
26/09/2017	Prevenar 13 (2)	x 19 709 07/2021	
26/05/2019	Prevenar 13 (3)	x 16 7574 08/2022	

Vaccination contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

N° 12594*02

Nom : DUPONT
Prénom : HENRI
Né(e) le : 20/05/2017

Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (measles, mumps, rubella)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
26/05/2018	ROR Vax (1)	2287902 01/2020	
26/08/2018	ROR Vax (2)	2388901 01/2020	

Vaccination contre la fièvre jaune : Guyane* (yellow fever)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

* Ce vaccin est obligatoire en Guyane.

Vaccinations recommandées

Résultat du test de dépistage (si indiqué)

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat	Signature et identification du vaccinateur

Vaccination antituberculeuse : BCG*

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

* Ce vaccin est recommandé pour tous les enfants vivant en Île-de-France, en Guyane, à Mayotte, ainsi que les enfants confrontés au risque de tuberculose.

