



Informations de base				
Nom du nourrisson			Date d'inscription	___ / ___ / ___
			N° d'identification	
Nom de la personne en charge principale			Date de naissance	___ / ___ / ___
			Sexe	M
Numéro de contact par téléphone 1		Numéro de contact par téléphone 2		
Adresse	Province :	District :	Village :	
Informations précises sur la maison/ points de repère				

[illegible]

<b>Poids (kg)</b>									
<b>Changement de poids (g/kg/jour)</b>									
<b>PAZ (Z-score)</b>									
<b>Taille (cm)</b>									
<b>PTZ (Z-score)</b>									
<b>PB (mm) – nourrisson</b>									
<b>PB (mm) – mère</b>									

\*CHANGEMENT DE POIDS : Si la prise de poids n'est pas suffisante, envisager de refaire une évaluation et/ou d'orienter la mère vers des services d'hospitalisation. (*médiocre* = < 5 g/kg/jour ; *suffisante* = 5 – 10 g/kg/jour ; *bonne* = > 10 g/kg/jour)

<b>Statut de l'allaitement</b> (allaitement maternel exclusif / mixte / non allaité)								
Au moins 8 à 12 tétées en 24 heures ? (O/N)								
Au moins 5 à 6 couches mouillées en 24 heures (urine) ? (O/N)								
Au moins 2 couches souillées en 24 heures (selles) ? (O/N)								
Tout va bien au niveau des seins et des mamelons ? (O/N)								
<b>Non-allaitement ou alimentation mixte</b> : consommation de préparations pour nourrissons appropriées et en toute sécurité (O/N)								
Des problèmes d'alimentation ? (O/N)								

Comment vous sentez-vous par rapport à la dernière visite ? (-, 0, +)									
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ? (0, 1, 2, 3)									
Sentiment de tristesse, déprime ou désespoir ? (0, 1, 2, 3)									
<b>Score total des questions 2 et 3 :</b>									
Si le score total des questions 2 et 3 est égal à 3 ou plus, refaites une évaluation de la santé mentale de la mère (MAMI) et orientez-la en fonction du résultat.									

<b>Nom de l'examineur</b>									
<b>Résultat de la visite</b>									
<b>Date de la prochaine visite</b>									

Codes de résultats : **A** = absente ; **D** = abandon (absente pendant 3 visites consécutives) ; **INP** = orientation vers des services d'hospitalisation ; **AO** = enfant désormais âgé de plus de 6 mois ; **X** = décès.

## Résumé de la visite et conseils donnés (Se reporter à l'évaluation MAMI initiale pour vérifier que les principaux problèmes ont été résolus et discuter de toute nouvelle préoccupation)

Date	Mesures prises et conseils donnés	Date	Mesures prises et conseils donnés
___/___/___		___/___/___	
___/___/___		___/___/___	
___/___/___		___/___/___	
___/___/___		___/___/___	
___/___/___		___/___/___	

## SUJETS à discuter avec TOUTES les personnes en charge de nourrissons (date et notes)

1. Relaxation	(CHAQUE VISITE)
2. Pleurs et sommeil	
3. Soins nutritifs	
4. Soutien de la famille/du père	
5. Planification familiale	
6. Alimentation complémentaire	

## AGIR DÉCIDER DE LA FRÉQUENCE DES VISITES DE SUIVI ULTÉRIEURES (ÉVALUER À CHAQUE VISITE) :

<b>Réduire la fréquence lorsque TOUS les critères suivants sont réunis :</b>	<input type="checkbox"/> Prise de poids adéquate pendant au moins 2 semaines consécutives (plus de 5 g/kg/jour). <input type="checkbox"/> Problèmes cliniques résolus (ou en voie de résolution) <input type="checkbox"/> Problèmes d'alimentation résolus (ou en voie de résolution) <input type="checkbox"/> Problèmes de santé maternelle/de santé mentale de la mère résolus (ou en voie de résolution) <input type="checkbox"/> Mère/personne en charge satisfait des progrès réalisés	bimensuelle → mensuelle
<b>Continuer avec la fréquence actuelle lorsque N'IMPORTE LEQUEL des critères suivants s'applique :</b>	<input type="checkbox"/> Prise de poids insuffisante (moins de 5 g/kg/jour) <input type="checkbox"/> Présence de signes cliniques ou de symptômes <input type="checkbox"/> Problèmes d'alimentation non résolus <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale de la mère non résolu <input type="checkbox"/> Des visites ou un soutien réguliers sont nécessaires au vu des inquiétudes persistantes de la mère ou de la personne en charge	bimensuelle → bimensuelle
<b>Augmenter la fréquence lorsque N'IMPORTE LEQUEL des critères suivants s'applique :</b>	<input type="checkbox"/> Perte de poids (non survenue immédiatement après la naissance) <input type="checkbox"/> Prise de poids insuffisante après 3 semaines (moins de 5 g/kg/jour)	bimensuelle → hebdomadaire
<b>Orienter vers un hôpital ou des services spécialisés lorsque N'IMPORTE LEQUEL des critères suivants s'applique :</b>	<input type="checkbox"/> Tout nouveau signe de danger d'après la PCIME → orientation URGENTE vers un hôpital <input type="checkbox"/> Perte de poids significative <input type="checkbox"/> Aggravation des problèmes de santé mentale	

## VISITE FINALE : RÉSULTAT À L'ÂGE DE 6 MOIS

<b>ÉTAPE 1 :</b> Progression clinique du nourrisson	<input type="checkbox"/> nourrisson cliniquement bien portant	<input type="checkbox"/> problème clinique non résolu ou nouveau	<input type="checkbox"/> tout signe de danger
<b>ÉTAPE 2 :</b> Statut nutritionnel Nourrisson et mère	<input type="checkbox"/> aucun signe de risque nutritionnel	<input type="checkbox"/> remplit les critères de prestation de services de nutrition, par exemple : faible PTZ ou PAZ : < -2 ou < -3 faible PB : < 125 mm ou < 115 mm ou œdème	-
<b>ÉTAPE 3 :</b> Progression de l'alimentation du nourrisson	<input type="checkbox"/> aucun signe de problème d'alimentation	<input type="checkbox"/> problème d'alimentation non résolu	-
<b>ÉTAPE 4 :</b> Santé mentale maternelle	<input type="checkbox"/> la mère n'a pas de problème de santé mentale	<input type="checkbox"/> problème de santé mentale maternelle non résolu ou nouveau (score de 10 à 14)	<input type="checkbox"/> problème de santé mentale maternelle non résolu ou nouveau (score supérieur à 15)
<b>Classer et orienter</b> (en cas d'orientation, veuillez préciser les services conseillés)	<b>Si tous les signes sont cochés,</b> orienter vers des services de soins ordinaires et proposer des conseils en matière d'ANJE.	<b>Si l'un quelconque des signes est coché,</b> orientez vers des services cliniques / de nutrition / de santé mentale et soutien psychosocial appropriés	<b>Si l'un quelconque des signes est coché,</b> orienter d'urgence vers un hôpital ou des services de santé mentale et de soutien psychosocial
Autre – précisez :			