



FORMULAIRE D'ÉVALUATION MAMI

Informations de base

Nom du nourrisson (prénom et nom)				N° d'identification	
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Âge du nourrisson : ____ mois ____ semaines	Date de l'évaluation	____ / ____ / ____
Nom de la principale personne en charge				Date de naissance	____ / ____ / ____
Lien avec l'enfant	<input type="checkbox"/> mère		<input type="checkbox"/> grand-mère	autre: _____	
Source de la visite	<input type="checkbox"/> dépistage communautaire	<input type="checkbox"/> clinique de soins ambulatoires	<input type="checkbox"/> services d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> visite autonome	autre: _____

ÉTAPE 1 VÉRIFIER LES SIGNES DE DANGER (nourrisson)

SIGNES DE DANGER	Incapable de téter/de boire ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	Vomit tout ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	Œdème bilatéral (+, ++ ou +++) ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	La mère semble déconnectée de la réalité ou risquer de se faire du mal à elle-même ou à son enfant; négligence physique visible (mère ou enfant)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	Autre(s) signe(s) de danger d'après la PCIME ? Précisez :		
AGIR	TOUT SIGNE DE DANGER → envoyer D'URGENCE à l'hôpital		

ÉTAPE 2 ÉVALUER LES SIGNES ET SYMPTÔMES CLINIQUES (nourrisson)

SIGNES CLINIQUES ET SYMPTÔMES	Classer selon la PCIME	vert	jaune	rose	SIGNES CLINIQUES ET SYMPTÔMES	Classer selon la PCIME	vert	jaune	rose
	Diarrhée	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> légère/ modérée	<input type="checkbox"/> sévère		Précisez toute autre maladie :			
	Fièvre	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> légère/ modérée	<input type="checkbox"/> sévère		Trouble ou handicap congénital entraînant des difficultés d'alimentation (par exemple, fente labiale, frein de langue restrictif)	<input type="checkbox"/> aucun	oui :	
	Toux	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> légère/ modérée	<input type="checkbox"/> sévère					
	Pâleur sévère (anémie)	<input type="checkbox"/> aucun	-	<input type="checkbox"/> sévère					
	Toute autre maladie (voir la PCIME)	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> légère/ modérée	<input type="checkbox"/> sévère					

ÉTAPE 3 ÉVALUER LA CROISSANCE (nourrisson)

Périmètre brachial (PB) :	____ mm	Poids :	____ kg	Poids à la naissance :	____ kg
Taille :	____ cm	PAZ :		PTZ :	
Classer le Z-score poids-pour-âge (PAZ) ou le Z-score poids-pour-taille (PTZ) à l'aide des courbes de croissance des nourrissons.					
PAZ < -2.0		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
PTZ < -2.0		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
PB inférieur à 110 mm (nourrissons < 6 semaines)		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui (âge < 6 semaines)		
PB inférieur à 115 mm (nourrissons de 6 semaines à < 6 mois)		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui (âge 6 semaines – 6 mois)		
Perte de poids récente ou absence d'une prise de poids suffisante		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
Autre – précisez :					

ÉTAPE 4 ÉVALUER LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE MAMI (nourrisson et mère)

Mère absente ou décédée	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> absente ou décédée	Le PB de la mère est inférieur à 230 mm	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Faible poids à la naissance (2 500 g ou moins)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Le nourrisson pleure excessivement/a du mal à dormir (signalé)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Naissance prématurée	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Tout autre problème (par exemple, mère atteinte de la tuberculose, autre maladie, coliques) ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Naissances multiples	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Précisez tout autre problème :		
Mère adolescente (moins de 19 ans)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
Mère séropositive avec des inquiétudes	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
PB de la mère	____ mm				

ÉTAPE 5 DÉPISTER LE RISQUE NUTRITIONNEL (nourrisson et mère)

		FAIBLE RISQUE NUTRITIONNEL	POSSIBLE RISQUE NUTRITIONNEL
Etes-vous la mère biologique de l'enfant ? Si non, demandez : Quelle en est la raison ?		<input type="checkbox"/> mère biologique	<input type="checkbox"/> mère décédée ou absente
Le nourrisson est-il allaité ?		<input type="checkbox"/> allaité	<input type="checkbox"/> non allaité
Si le nourrisson est allaité : Quels autres aliments ou boissons le nourrisson reçoit-il ?		<input type="checkbox"/> aucun (uniquement le lait maternel)	<input type="checkbox"/> tout autre aliment ou boisson
Des problèmes pour nourrir votre enfant ?		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
AGIR	TOUT SIGNE DE POSSIBLE RISQUE NUTRITIONNEL → effectuer une évaluation de l'alimentation		
Pratiques d'alimentation du nourrisson :		<input type="checkbox"/> allaitement exclusif	<input type="checkbox"/> alimentation mixte <input type="checkbox"/> pas d'allaitement
Risque nutritionnel basé sur l'évaluation :		<input type="checkbox"/> faible risque nutritionnel	<input type="checkbox"/> risque nutritionnel modéré
Détail des éventuelles difficultés d'alimentation :			

ÉTAPE 6 DÉPISTER LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DE LA MÈRE

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gênée par les problèmes suivants ?	jamais	plusieurs jours	plus de la moitié des jours	presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentiment de tristesse, déprime ou désespoir ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Additionnez les scores des colonnes :				
SCORE DE DÉPISTAGE :				
Score de dépistage de 2 ou moins, mais l'agent de santé est préoccupé par la santé mentale de la mère	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, précisez :		
AGIR	SCORE DE DÉPISTAGE DE 3 OU + OU PRÉOCCUPATION CONCERNANT LA SANTÉ MENTALE DE LA MÈRE → Effectuer une évaluation de la santé mentale			SCORE D'ÉVALUATION :

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION MAMI

Étape 1 : Signe clinique nécessitant une orientation vers un hôpital ou des services spécialisés ?	<input type="checkbox"/> non	-	<input type="checkbox"/> oui
Étape 2 : Signe de retard de croissance du nourrisson ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	-
Étape 3 : Autres facteurs de risque ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	-
Étape 4 : Signe de risque nutritionnel modéré ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	-
Étape 5 : Score de l'évaluation de la santé mentale de la mère (le cas échéant) Classer et orienter	<input type="checkbox"/> 0 – 9 et réponse « non » à la question 9 (pensées d'automutilation)	<input type="checkbox"/> 10 – 14 et réponse « non » à la question 9 (pensées d'automutilation)	<input type="checkbox"/> 15+ et/ou réponse « oui » à la question 9 (pensées d'automutilation)
Classer et orienter	RISQUE FAIBLE : Si tous les signes sont cochés, orienter vers des services de soins ordinaires et proposer des conseils en matière d'ANJE.	RISQUE MODÉRÉ : Si l'un quelconque des signes est coché, inscrire au programme de soins ambulatoires MAMI.	RISQUE ÉLEVÉ : Si l'un quelconque des signes est coché, orienter vers un hôpital ou des services spécialisés.
Autre – précisez :			
Principaux problèmes identifiés :			
1.			
2.			
3.			
Si vous ne suivez pas les conseils ci-dessus sur les options d'orientation, expliquez pourquoi :			