

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Tanindrazana ,Fahafahana, Fandrosoana
MINISTERAN'NY FAHASALAMANA SY FANDRIDRANA NY FIANAM-PIANAKAVIANA

FICHE DE REFERENCE CONTRE REFERENCE
(A remplir par l'Agent Communautaire et donner à la mère)

District SanitaireCSB de rattachement..... Site.....
Nom de l'Agent Communautaire..... Quartier.....

1. IDENTITE DE L'ENFANT

Nom:.....AGE.....(mois) , Masculin.....Feminin.....Poids.....kg
Nom de la mère.....Nom de la personne s'occupant de l'enfant.....Adresse.....

- QUEL EST LE(S) MOTIF(S) DE LA REFERENCE ? (Cocher:)

PRESENCE D'UN OU PLUSIEURS SIGNES GENERAUX DE DANGER (cocher)	
Enfant de moins de 2 mois	
Toutes maladies qui durent 14 jours ou plus	
Enfant dans la bande rouge	
Enfant dans la bande jaune	
Incapable de boire ou de téter	
Vomit tout ce qu'il consomme	
Antécédent de convulsion durant la maladie actuelle	
Pâleur palmaire	
Convulsion actuelle	
Léthargique ou inconscient	

TOUX OU PROBLEMES RESPIRATOIRES accompagné d'un des signes suivants	
Tirage sous costal (enfant calme)	
Stridor (enfant calme)	

DIARRHEE accompagné d'un des signes suivants:	
Difficulté de boire	
<i>ou</i> Yeux enfoncés,	
<i>ou</i> Boit avidement	
<i>ou</i> Agité ou irritable	
<i>ou</i> Pli cutané persistant	
<i>ou</i> Sang dans les selles	

FIEVRE OU ANTECEDENT DE FIEVRE accompagné d'un des signes suivants	
Nuque raide	
<i>ou</i> Fontanelle bombée	
<i>Ou</i> a déjà reçu de l'ACT depuis moins de 23 jours	

MAUVAIS ETAT NUTRITIONEL accompagné du signe suivant	
Oedème des deux pieds	

AUTRES MOTIFS (noter.).....

3- TRAITEMENT PRESCRIT (noter)

.....
.....

Nom et Signature de l'Agent Communautaire

A découper et à retourner au site

**CENTRE DE SANTE:
CONSEIL POUR LE SUIVI DE L'ENFANT**

.....
.....
.....

Nom et signature de l'Agent de Santé