

FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE N° Fiche

(ENFANT DE 2 MOIS A MOINS DE 5 ANS)

DATE :...../..... /..... NOM DU RELAIS DE SITE.....

ZONE DE SANTE DE :..... CENTRE DE SANTE DE SITE DE :.....

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT MALADE

Nom de l'enfant..... Nom de la mère..... Adresse.....

Sexe M F Ageans.....mois PoidsKg.....gr Statut nutritionnel Vert Jaune Rouge
 BALANCE disponible? NON OUI
 MUAC disponible? NON OUI

2. PLAINTES (cocher NON si absence signe ou OUI si présence Signe)

Depuis combien de Jours Traitement reçu à domicile
 Fièvre.....*..... NON OUIjours
 Diarrhée...*..... NON OUIjours
 Toux ou Rhume... NON OUIjours

SPECIFIER pour les autres plaintes.....

3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE **REFERER si OUI**

DEMANDER, RECHERCHER	Cocher	NON	OUI	DEMANDER, RECHERCHER	NON	OUI
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE		<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE		<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	Respiration difficile avec tirage ou sifflement	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?		<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?		<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?		<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	L'enfant est très affaibli	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes		<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI

4 FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours) <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI (cocher)	TDR DISPONIBLE AU SITE ? <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI	Résultat de TDR	NEGATIF	POSITIF	
à REFERER si :	- Fièvre qui continue après 2 jours de traitement à domicile avec Artésunate + Amodiaquine et Paracétamol, - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées - Fièvre avec TDR NÉGATIF et non associée à Toux/rhume	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
A traiter au site	- Tous les problèmes ci-haut sont absents et fièvre avec TDR POSITIF - Tous les problèmes ci-haut sont absents et TDR NON DISPONIBLE au site	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI

5 DIARRHEE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI (cocher)	à REFERER si :	- Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou - Sang dans les selles, ou - Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
A traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI			

6 TOUX ou RHUME <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (cocher) Minuteur fonctionnel <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI	Mvts respiratoires/Nbre par Minute (Ecrivez)	
La RESPIRATION est RAPIDE	- 50 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de moins de 1 an - 40 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de 1 an et plus	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
La RESPIRATION est NORMALE	- moins de 50 Mvts respiratoires chez l'enfant de moins de 1 an - moins de 40 Mvts respiratoires chez l'enfant de 1 an et plus	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI

7 MALNUTRITION (les points 7, 8,9 sont à rechercher chez tout enfant)		
MALNUTRITION SEVERE à référer	- Amaigrissement visible et sévère, - ou Œdèmes aux membres inférieurs.	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
MALNUTRITION légère Ou Enfant à risque	Poids faible pour l'âge : - Dans la bande JAUNE, ou - poids stationnaire ou qui baisse après 3 pesées successives	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
PAS DE MALNUTRITION	- Poids normal (Zone VERTE), - pas de signes de malnutrition	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI

8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE. <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (cocher)	- L'enfant a-t'il un problème avec les pesées - L'enfant a-t'il un problème avec la vaccination - L'enfant a-t'il un problème avec la Vit A	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI	Rattrapage <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI Rattrapage <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI Rattrapage <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
--	---	--	---

9 AUTRE PROBLEME TOUT AUTRE PROBLEME (à référer) **AUTRE:Référez**

10 CAS REFERE Cocher <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI	CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE (entourer l'action)
<ul style="list-style-type: none"> Si l'enfant peut téter ou boire, continuer à téter en route (ou lait exprimé à la tasse) ou donner de l'eau sucrée si enfant sevré NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud 	<ul style="list-style-type: none"> SI FIEVRE : Paracétamol (1/2 Co à moins de 3 ans, 3/4 Co enf 3-5 ans) + enveloppement tiède de la tête en cas de forte fièvre. + Artésunate en Suppositoire (25mg à moins 1an, 50mg enf 1-5ans) SI DIARRHEE : donner fréquemment des gorgées de SRO avec la tasse, (même si allaitement exclusif)
NB:REPLIR LA FICHE DE REFERENCE ET REFERER	

11. TRAITEMENT

<p>TRAITEMENT DE LA FIEVRE/PALUDISME</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) ARSTESUNATE – AMODIAQUINE comprime (Co) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf 2-11 mois : 1 Co Art-AQ 25 /67,5mg 1fois par jr pdt 3jrs (TOTAL : 1 blister 2-11 mois de 3 Comprimés) • Enf 1-5 ans : 1 Co Art-AQ 50 /135 mg 1fois par jr pdt 3jrs (TOTAL : 1 blister 1-5 ans de 3 comprimés) <p>b) Paracétamol Co 500 mg: (4 fois/jour).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf de moins de 3 ans : ½ Co, pdt 2 jours (TOT 4 Co) • Enf à partir de 3 ans et plus : ¾ Co, pdt 2 jours (TOT 6 Co) <p>2) Conseils : Voir CARTE 1</p> <p>3) RDV après 2 jours</p>	<p>TRAITEMENT DE LA DIARRHEE</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) SRO durant toute la diarrhée (au moins 2 sachets) ou autres liquides recommandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ½ verre de SRO à chaque selle: Enfant < 2 ans • 1 verre de SRO à chaque selle: Enf.2 ans et plus (Si Vomissement: attendre 10 min. puis redonner) <p>b) Mébendazole : ou 1 Co de 100 mg 2 fois par jour pdt 3 jours (TOT 6 Co) (ou 1 Co 500 mg dose unique dès âge de 1 an)</p> <p>c) Zinc Co pdt 10 jours, à raison de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ½ Co 20 mg, enf de moins de 6 mois (TOT : 5 Co) • 1 Co 20 mg, enf de 6 mois et plus (TOT : 10 Co) <p>2) Conseils : Voir CARTE 2</p> <p>3) RDV après 2 jours</p>
<p>TRAITEMENT DE PNEUMONIE ET DE TOUX/RHUME</p> <p>1) PNEUMONIE :</p> <p>a) COTRIMOXAZOLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf 2 mois-6 mois: ¼ Co 2 fois par jr pdt 3 jrs (TOT 1½) • Enf 6 mois-3 ans: ½ Co 2 fois par jr pdt 3 jrs (TOT 3 Co) • Enf 3 ans –5 ans: 1 Co 2 fois par jr pdt 3 jrs (TOT 6 Co) <p>b) Remède contre la toux : Jus de citron dilué ou miel dilué</p> <p>c) Si fièvre : Voir traitement de Paludisme.</p> <p>2) TOUX OU RHUME SIMPLES :</p> <p>a) Remède contre la toux (Jus de citron ou miel dilué)</p> <p>b) Si fièvre : Voir traitement de Paludisme.</p> <p>3) Conseils : Voir CARTE 3</p> <p>4) RDV après 2 Jours</p>	<p>PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION LEGERE</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) Mébendazole : 1 Co de 100 mg 2 fois par jour pdt 3 jrs (TOT 6 Co) (ou 1 Co 500 mg dose unique dès âge de 1 an)</p> <p>b) Fer 1 Comprimé par jour pendant 1 mois (TOT 30 Co)</p> <p>2) Conseils : Voir CARTE 4</p> <p>3) RDV après 2 Jours pour vérifier l'application des conseils donnés, puis RDV après 7 jours</p>

12. RATTRAPAGE (Voir Statut vaccinal & CPS & Vit A, et conseils pour rattrapage si nécessaire)

Dans tous les cas, encourager la mère à poursuivre les pesées, la vaccination et la supplémentation en Vit A au CS

<p>13 VISITE DE SUIVI EFFECTUEE? <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI</p>	<p>INSTRUCTIONS POUR LE RDV DE SUIVI.</p>																																															
<p>A POSSIBILITE n°1:</p> <p>la mère de l'enfant est revenue <input type="checkbox"/></p> <p>Cocher si:</p> <p>a. Revenue selon le RDV fixé <input type="checkbox"/></p> <p>b. Revenue immédiatement suite à l'aggravation de la santé de l'enfant <input type="checkbox"/></p>	<p>POSSIBILITE n°2:</p> <p>La mère n'est pas revenue <input type="checkbox"/></p> <p>Cocher pourquoi elle n'est pas revenue:</p> <p>a. Consultation de tradi-praticien ou traitement traditionnel <input type="checkbox"/></p> <p>b. Manque d'argent <input type="checkbox"/></p> <p>c. Enfant amélioré <input type="checkbox"/></p> <p>d. Activités de mère: vendeuse, champs, travail, maladies en famille. <input type="checkbox"/></p> <p>e. décès <input type="checkbox"/></p> <p>f. autres causes: <input type="checkbox"/></p>																																															
<p>B L'ETAT DE L'ENFANT EST-IL AGGRAVE ? (Demander à la mère) <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI (cocher) SI OUI, REFERER</p>																																																
<p>C L'ENFANT A-T'IL UNE NOUVELLE PLAINTÉ ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> SI OUI, PRENDRE UNE NOUVELLE FICHE</p>																																																
<p>D RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER et d'ALERTE REFERER SI PRESENCE D'UN SEUL SIGNE</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NON</td> <td style="text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td>• L'enfant incapable de boire ou de téter</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• A convulsé ou convulse maintenant</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Inconscient ou très affaibli</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Respiration difficile(tirage ou sifflement)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Pâleur palmaire (anémie)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant devient plus malade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NON</td> <td style="text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td>• Fièvre qui persiste malgré traitement</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Signes de déshydratation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Sang dans les selles,</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• ou autre phénomène anormal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NON</td> <td style="text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td>• L'enfant incapable de boire ou de téter</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• A convulsé ou convulse maintenant</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Inconscient ou très affaibli</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Respiration difficile(tirage ou sifflement)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Pâleur palmaire (anémie)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant devient plus malade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>		NON	OUI	• L'enfant incapable de boire ou de téter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Inconscient ou très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Respiration difficile(tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Pâleur palmaire (anémie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• L'enfant devient plus malade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NON</td> <td style="text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td>• Fièvre qui persiste malgré traitement</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Signes de déshydratation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Sang dans les selles,</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• ou autre phénomène anormal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>		NON	OUI	• Fièvre qui persiste malgré traitement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Signes de déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Sang dans les selles,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• ou autre phénomène anormal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NON</td> <td style="text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td>• L'enfant incapable de boire ou de téter</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• A convulsé ou convulse maintenant</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Inconscient ou très affaibli</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Respiration difficile(tirage ou sifflement)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Pâleur palmaire (anémie)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant devient plus malade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>		NON	OUI	• L'enfant incapable de boire ou de téter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Inconscient ou très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Respiration difficile(tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Pâleur palmaire (anémie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• L'enfant devient plus malade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NON</td> <td style="text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td>• Fièvre qui persiste malgré traitement</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Signes de déshydratation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Sang dans les selles,</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• ou autre phénomène anormal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>		NON	OUI	• Fièvre qui persiste malgré traitement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Signes de déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Sang dans les selles,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• ou autre phénomène anormal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	NON	OUI																																														
• L'enfant incapable de boire ou de téter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• Inconscient ou très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• Respiration difficile(tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• Pâleur palmaire (anémie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• L'enfant devient plus malade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
	NON	OUI																																														
• Fièvre qui persiste malgré traitement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• Signes de déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• Sang dans les selles,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
• ou autre phénomène anormal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
<p>E SI L'ENFANT AVAIT TOUX OU RHUME, Nbre de Mvts Resp/minute <input type="checkbox"/> Respiration rapide ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> REFERER SI OUI</p>																																																
<p>F VERIFIER SI L'ENFANT A RECU SES MEDICAMENTS COMME PRESCRIT. A reçu sa dose ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>• Vérifier la quantité restante des médicaments dans le sachet de la mère.</p>																																																
<p>G CONSEILLER DE CONTINUER LE TRAITEMENT DE L'ENFANT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à la mère de rappeler comment elle a administré les médicaments (revoir les «3 COMBIENS ») • Si la mère a bien administré les médicaments, FELICITER ET ENCOURAGER A CONTINUER • Si la mère a mal administré les médicaments, démontrer la dispensation (revoir les « 3 COMBIENS ») puis demandez-lui de répéter et d'administrer une dose en votre présence. Vérifiez sa compréhension. 																																																