

FICHE DE REFERENCE

(Remplir et remettre aux parents de l'enfant)

	SITE DE SOINS de	Date/...../.....
	AIRE DE SANTE de.....ZONE DE SANTE DE :	

SECTION SITE DES SOINS

NOM DE L'ENFANT..... Nom de la mère ou du substitut

VillageAge Poids.....kg.....

Statut nutritionnel : Vert Jaune Rouge

Motifs de la référence (Encerclez le (s) motif(s))

SIGNES DE DANGER/ALERTE	
<ul style="list-style-type: none"> a) Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE b) Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE c) L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ? d) L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ? e) L'enfant a-t'il convulsé ou convulse maintenant ? f) L'enfant est inconscient ou très affaibli 	<ul style="list-style-type: none"> g) Anémie ou pâleur palmaire h) Respiration difficile (avec tirage ou sifflement) i) Toute maladie qui dure 15 jours ou plus j) L'enfant est souvent malade k) L'enfant devient plus malade malgré les soins à domicile
<p>FIÈVRE référée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre qui continue après 2 jours de traitement à domicile avec SP+ Paracétamol - ou, Fièvre avec éruptions cutanées généralisées 	<p>DIARRHÉE référée pour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané persistant) - Sang dans les selles - Diarrhée qui dure 14 jours ou plus - Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)
<p>TOUX OU RHUME OU PROBLÈME RESPIRATOIRE</p>	<p>MALNUTRITION SÉVÈRE à référer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poids très faible pour l'âge (sous la courbe inférieure, ROUGE) - ou Amaigrissement visible et sévère, - ou Œdèmes aux membres inférieurs
<p>AUTRE PROBLÈME : lequel ?</p> <p>.....</p>	
<p>TRAITEMENT REÇU (Médicaments, dose, Nbre de jours).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Noms et signature du Relais

SECTION STRUCTURE D'ACCUEIL : note de contre référence

Structure sanitaire d'accueil.....

Signes, Diagnostic.....

Traitement reçu.....

Recommandations

.....

Noms et Signature...
Date