

# HEALTH CARD CARTE DE SANTÉ

CARD No.  
CARTE No.

DATE OF REGISTRATION  
DATE D'ENRÉGISTREMENT

SITE  
LIEU

SECTION/HOUSE No.  
SECTION/HABITATION No.

DATE OF ARRIVAL AT SITE  
DATE D'ARRIVÉE SUR LE LIEU

FAMILY NAME  
NOM DE FAMILLE

GIVEN NAMES  
PRÉNOMS

DATE OF BIRTH OR AGE  
DATE DE NAISSANCE OU AGE

OR  
OU

YEARS  
ANS

SEX  
SEXE

M/F

NAME COMMONLY KNOWN BY  
NOM D'USAGE HABITUEL

MOTHER'S NAME  
NOM DE LA MÈRE

FATHER'S NAME  
NOM DU PÈRE

CHILDREN

HEIGHT  
TAILLE

CM

WEIGHT  
POIDS

KG

PERCENTAGE WT/HT  
POURCENTAGE POIDS/TAILLE

%

ENFANTS

FEEDING PROGRAMME  
PROGRAMME D'ALIMENTATION

IMMUNIZATION  
IMMUNISATION

MEASLES  
ROUGEOLE

DATE

1

2

BCG

DATE

OTHERS  
AUTRES

POLIO 0  
POLIO 0

DATE

1

2

DPT POLIO  
DTC

DATE

1

2

3

WOMEN

PREGNANT  
ENCEINTE

YES / NO  
OUI / NON

No. OF PREGNANCIES  
No. DE GROSSESSES

No. OF CHILDREN  
No. D'ENFANTS

LACTATING  
ALAITANTE

YES / NO  
OUI / NON

TETANUS  
TÉTANOS

DATE

1

2

3

4

5

FEEDING PROGRAMME  
PROGRAMME D'ALIMENTATION

OBSERVATIONS

GENERAL (Family circumstances living conditions etc.)  
GÉNÉRALES (Circonstances familiales conditions de vie etc.)

HEALTH (Brief history present condition)  
MÉDICALES (Bref résumé des conditions actuelles)

DATE			<p>CONDITION (Signs/symptoms/diagnosis)</p> <p>ÉTAT (Signes/symptomes/diagnostic)</p>	<p>TREATMENT (Medication/dose time)</p> <p>TRAITEMENT (Médication/durée de la dose)</p>	<p>COURSES (Medication due/ given)</p> <p>APPLICATION (Médication requise/ effectuée)</p>	<p>OBSERVATIONS (Change in condition)/ NAME OF HEALTH WORKER</p> <p>OBSERVATIONS (Changement d'état/ NOM DE L'AGENT DE SANTÉ)</p>