

# FICHE DE CENTRE NUTRITIONNEL THERAPEUTIQUE HOSPITALISATION



CNTA Nom du centre		ID N°	N° de feuille sur																			
<b>Données du patient</b>		<b>Admission</b>		<b>Sortie</b>																		
Nom / Prénom		Date / / Heure		Date / /																		
Nom du père		Type d'admission		<input type="checkbox"/> Guéri -> Suivi:																		
Nom de la mère		<input type="checkbox"/> Nouvelle admission		<input type="checkbox"/> Stabilisé -> Vers:																		
Date de naissance / /		<input type="checkbox"/> Réadmission		<input type="checkbox"/> Décédé -> Cause:																		
Age (a, m)		<input type="checkbox"/> Rechute		<input type="checkbox"/> Abandon -> Cause:																		
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Ancien N° ID		<input type="checkbox"/> Transféré -> Vers:																		
Adresse		Référence de		<input type="checkbox"/> Non répondant -> Cause:																		
Secteur / District		<input type="checkbox"/> CNTH <input type="checkbox"/> CNTA où		Maladie la plus grave traitée pendant le séjour?																		
		<input type="checkbox"/> Hôpital/CDS <input type="checkbox"/> Partenaire: qui		<input type="checkbox"/> Plat familial																		
		<input type="checkbox"/> Spontané		<input type="checkbox"/> Autre (bouillie, lait etc)																		
<b>Nb de jours</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Date																						
Oedèmes (0,+,++,+++)																						
Poids																						
Taille																						
P/T Z-score																						
PB (mm)																						
Poids / PB Cible																						
<b>COURBE DE POIDS / PB</b> Poids trait fin = 100 g / pour bébés trait fin = 20 g; trait plus gros = 0,5 kg - MUAC: trait fin = 1mm																						
ALIMENTATION																						
Phase																						
F75																						
F100																						
Lait maternisé ou F100 dilué																						
RUTF (P'nut/BP100)																						
Quantité / jour (ml)																						
Nombre repas / jour																						
Quantité / repas (ml)																						
Sonde naso-gastrique (-/+)																						
MONITORING NUTRITIONNEL																						
A = Absent																						
V = Vomissement																						
R = Refus																						
SNG = Sonde Naso-Gastr.																						
IV = Perfusion IV																						
Quantité Prise																						
100% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						
1/2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						
= ml extra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						
TRAITEMENT MEDICAL																						
Traitement systématique																						
Autre traitement																						
Resomal																						
ml / h																						

Inscrire chaque nom de médicament, la dose et la voie d'administration (Voie orale=PO; Intramusculaire= IM; ou intraveineuse = IV). Marquer les cases d'un X à chaque fois que le médicament est administré

