

## CARTE DE CENTRE NUTRITIONNEL SUPPLEMENTAIRE

**CNS - Nom du centre:** \_\_\_\_\_

**N° ID:** \_\_\_\_\_

CENTRE
<p><u>Jour de distribution</u></p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>
<p><u>Fréquence</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hebdomadaire</p> <p><input type="checkbox"/> Bimensuelle</p>

RENSEIGNEMENTS PATIENT
Nom _____
Nom de l'accompagnant _____
Date de naissance ___/___/___ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
AGE (a, m) _____
Adresse _____
Secteur / District _____

PATIENT REFERE
<p><u>De</u> <input type="checkbox"/> CNT <input type="checkbox"/> Poste avancé</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Spontané</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Autre</p> <p style="text-align: right;">Ancien n° ID</p> <p>Date ___/___/___ <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>
<p><u>Vers</u> <input type="checkbox"/> CNT <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Date ___/___/___</p> <p>Motif _____</p>

ADMISSION
<p>Date ___/___/___ <u>Type d'admission</u> <input type="checkbox"/> Nouvelle adm. <input type="checkbox"/> Réadmission <input type="checkbox"/> Rechute</p>
<p><u>Critères d'admission</u></p> <p><input type="checkbox"/> Poids/Taille <input type="checkbox"/> Degré 1 ou 2 (adultes/personnes âgées)</p> <p><input type="checkbox"/> MUAC <input type="checkbox"/> Suivi CNT</p> <p><input type="checkbox"/> Oedèmes <input type="checkbox"/> Mère allaitante</p>

SORTIE
<p>Date ___/___/___ Durée du séjour ___ jours</p>
<p>Guérison <input type="checkbox"/> Suivi _____</p> <p>Décès <input type="checkbox"/> Motif _____</p> <p>Abandon <input type="checkbox"/> Motif _____</p> <p>Transfert <input type="checkbox"/> Vers _____</p> <p>Non répondant <input type="checkbox"/> Motif _____</p>

Poids cible	Poids	Date
Cible 1:		
Cible 2:		
Cible 3:		

Administré à l'admission	Dosage	Date
Vitamine A <input type="checkbox"/>		
Albendazole / mebendazole <input type="checkbox"/>		
Test rapide malaria <input type="checkbox"/>		
Vaccination rougeole <input type="checkbox"/>		

### DISTRIBUTION

Semaine	Date	Poids	Taille	Oedèmes	P/T	Fe + ac. folique	Remarques
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

