

**Information du Patient**

- 1) Nom/Zone de la Clinique \_\_\_\_\_ No. Dossier \_\_\_\_\_
- 2) Nom de famille de l'enfant \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant \_\_\_\_\_
- 3) Sexe (cocher)  Garçon  Fille Date d'admission \_\_\_\_\_
- 4) Date de naissance \_\_\_\_\_  Date confirmé?
- 5) Périmètre brachial (en mm) \_\_\_\_\_
- 6) Taille (en cm) \_\_\_\_\_  Couché?  Debout?
- 7) Poids (en kg) \_\_\_\_\_
- 8) Poids final à atteindre (en kg) \_\_\_\_\_
- 9) Critère d'admission (cocher ce qui s'applique)
- 10) Contrat signé  Oui  Non
- 11) Nom du parent ou gardien responsable \_\_\_\_\_
- 12) Dans quelle quartier/zone habitez-vous? \_\_\_\_\_



- Poids/Taille (Modérée) Oedème + ++ +++
- Poids/Taille (Sévère)  Autre: \_\_\_\_\_

No. Visite	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Date												
Poids (en kilos)												
Taille (en cm)												
Appétit: B = Bon, M = Mauvais, A = Anorexique												
Diarrhée? (Oui/Non)												
Déshydratation? (Oui/Non)												
Dyspnée? (Oui/Non)												
Toux? (Oui/Non)												
Fièvre? (Oui/Non)												
<b>Médication Administré</b>												
Mamba (# de sachets)												
Albendazole (Oui/Non)												
Amoxicillin (Oui/Non)												
Chlore/Aquatabs (Oui/Non)												
Sels de réhydratation? (Oui/Non)												
Autres (Oui/Non) Si oui, expliquez dans notes												
<b>Notes (Écrivez le nom de l'infirmière à chaque visite, s.v.p.)</b>												
Visite 1	Visite 2	Visite 3	Visite 4	Visite 5	Visite 6							
Visite 7	Visite 8	Visite 9	Visite 10	Visite 11	Visite 12							

- Raison pour la sortie:**
- 13)  A atteint le poids projeté  Abandonné le programme (> 2 absences)
- N'a pas atteint le poids projeté  Décès Autre \_\_\_\_\_
- Envoyé à l'hôpital pour malnutrition  Envoyé à l'hôpital pour autre raison

**Notes:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_