

## Feuille de suivi de patient

A garder à côté du patient

Numéro du patient \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date d'admission \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Quartier \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_

Poids estimé \_\_\_\_\_

MUAC \_\_\_\_\_

Date du début de Diarrhée \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Type de Diarrhée  Aqueuse

Source probable d'infection :

Sanguine

Evaluation Initiale

Autre

Pouls radial	<input type="checkbox"/> Présent	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Aucun
Etat général	<input type="checkbox"/> Bon / Alerte	<input type="checkbox"/> Agité / Irritable	<input type="checkbox"/> Léthargie / Inconscient
Yeux	<input type="checkbox"/> Normaux	<input type="checkbox"/> Enfoncés	<input type="checkbox"/> Très Enfoncés
Soif	<input type="checkbox"/> Boit Normalement	<input type="checkbox"/> Assoiffé, boit beaucoup	<input type="checkbox"/> Incapable de boire ou boit très peu
Pincement de la peau	<input type="checkbox"/> s'efface rapidement	<input type="checkbox"/> s'efface lentement	<input type="checkbox"/> s'efface très lentement
Déshydratation	<input type="checkbox"/> Pas de déshydratation (A)	<input type="checkbox"/> Un peu déshydraté (B)	<input type="checkbox"/> Un peu déshydraté, incapable de boire / déshydratation sévère (C)

Plan de traitement

Temps	Jour 1							Jour 2			Jour 3			Jour 4		
Plan de réhydratation (A/B/C)																
IVF*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
500ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1000ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encercier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ORS*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nbr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cup	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
bottle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarr*																
Vomis*																
Pouls																
Urine																
Doxycycline																

Date de l'exeat \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Guéri  Abandonné  Transféré  Décédée → heure du décès \_\_\_\_\_

Si le patient est décédé ; Indiquer la raison probable \_\_\_\_\_