

Formulaire de référence

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE (RESPONSABLE DE L'ENFANT)	FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE (COPIE POUR LA STRUCTURE DE SANTÉ)
Femme <input type="checkbox"/> Enfant 6-59 mo <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/> Enfant 6-59 mo <input type="checkbox"/>
Nom complet de la femme : _____	Nom complet de la femme : _____
Nom complet de l'enfant (le cas échéant) : _____	Nom complet de l'enfant (le cas échéant) : _____
Numéro du bloc : _____ Âge : _____ Mois <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/>	Numéro du bloc : _____ Âge : _____ Mois <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/>
Sexe: Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Sexe: Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Référé pour : Malnutrition <input type="checkbox"/> Anémie sévère <input type="checkbox"/>	Référé pour : Malnutrition <input type="checkbox"/> Anémie sévère <input type="checkbox"/>
Malnutrition PB : _____ mm PTZ : _____	Malnutrition PB : _____ mm PTZ : _____
Œdèmes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Œdèmes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anémie sévère Hb : _____ g/dL	Anémie sévère Hb : _____ g/dL
Numéro d'équipe SENS : _____	Numéro d'équipe SENS : _____
Date : _____	Date : _____
Signature du chef d'équipe : _____	Signature du chef d'équipe : _____