

**REPUBLIQUE TOGOLAISE**

**Travail-Liberté-Patrie**

**ooooooo**

MINISTERE DE LA SANTE, DE L’HYGIENE PUBLIQUE ET DE L’ACCES UNIVERSEL AUX SOINS

**ooooooo**

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

**CARTE CPS**

**ANNEE 2022**

**Région: . . . . . . . . . . . . . . District : . . . . . . . . . . . . . . . . FS :. . . . . . . . . . . . . . . . . . …**

**Localité (quartier, village, ferme, hameau) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . …**

**Nom et prénoms de l’enfant . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . .**

**Date de naissance de l’enfant \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ Sexe M F**

**Nom de la mère/Gardienne de l’enfant  . . . . .. . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . .. . .. . . .. . .**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Remplissage par ASC** | | **Cocher par les parents** | |
| **N° lot de la SP-AQ** | **J1**  **Date de prise** | **J2**  **(Mettre X)** | **J3**  **(Mettre X)** |
| **1er Cycle** |  |  |  |  |
| **2ème Cycle** |  |  |  |  |
| **3ème Cycle** |  |  |  |  |
| **4ème Cycle** |  |  |  |  |

**Antécédent d’allergie à la SP-AQ avant le 1er passage? Oui Non**

**Allergie après la prise de SP-AQ ? Préciser la date d’apparition \_ \_/\_\_/\_\_\_\_/**

**Prière de bien garder cette carte**