

DATE : \_\_\_\_\_  
 REGION/PROVINCE : \_\_\_\_\_  
 DISTRICT : \_\_\_\_\_  
 CENTRE DE SANTE : \_\_\_\_\_

NOM DE LA PERSONNE CHARGEE DE L'ENREGISTREMENT: \_\_\_\_\_

## Supplémentation multiple en micronutriments / multivitamines pour les femmes enceintes

Renseignements personnels sur le bénéficiaire		Statut de bénéficiaire (cochez la case appropriée ci-dessous)				Renseignements sur le nourrisson		Renseignements sur la distribution multivitamines			
Nom	Date de naissance	En âge de procréer	Enceinte			Allaitante	Date d'accouchement	Date de naissance du bébé	Date de distribution	Nombre de doses administrées	Date de la prochaine distribution
			1er trimestre	2ème trimestre	3ème trimestre						
<i>Exemple pour femme #1</i>	<i>16/11/1998</i>	<input checked="" type="checkbox"/>					-	-	<i>12/07/2011</i>	<i>240</i>	<i>12/03/2012</i>
<i>Exemple pour femme #2</i>	<i>03/01/1978</i>					<input checked="" type="checkbox"/>	<i>30/05/2011</i>	<i>03/06/2011</i>	<i>12/07/2011</i>	<i>90</i>	<i>12/10/2011</i>
<i>Exemple pour femme #3</i>	<i>25/06/85</i>				<input checked="" type="checkbox"/>		<i>01/09/2011</i>		<i>12/07/2011</i>	<i>30</i>	<i>12/08/2011</i>
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											