

Fiche de recrutement

Date: ____/____/2007

Province: _____

Milieu : U:...1 R :...2

Formation sanitaire: Code: |__|__|

Nom : _____

Type : CS :...1 D :... 2

Nom de l'enfant: _____

Code de l'enfant: |__|__|__|

Questionnaire # |__|__|__|

FS code | Enfant ID

Date de naissance de l'enfant: |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Age (mois): |__|__|

Sexe: M:...1 F:...2

Inclure *seulement* les enfants âgés de 2 mois à 5 ans.

EC1. Demandez à la mère s'il s'agit de la première visite pour l'épisode actuelle. **NE PAS INCLURE** les enfants qui viennent pour les visites de suivi.

1ère visite ? Oui:...1 Non:...2 → ⊖ STOP

EC2. Demandez la ou les raisons pour la ou lesquelles l'enfant est amené à la formation sanitaire et entourez **toutes** les raisons mentionnées (puis demandez: "si il y a d'autre problème?").

A. Diarrhée Oui:...1 Non:...2

B. Fièvre Oui:...1 Non:...2

C. Toux Oui:...1 Non:...2

D. Respiration rapide / difficulté respiratoire / Pneumonie. Oui:...1 Non:...2 → allez à E.



D1. Si **oui** : notez les termes utilisés : _____

D2. **Demandez** au bout de combien de temps après la constatation des symptômes a-t-elle amené l'enfant à la formation sanitaire : |__| jours

E. Problème de gorge Oui:...1 Non:...2

F. Problème d'oreille Oui:...1 Non:...2

G. Incapable de boire et/ou de téter, vomit tout ce qu'il consomme, convulsions, léthargique ou inconscient..... Oui:...1 Non:...2

H. Autre Oui:...1 (Si Oui : précisez _____) Non:...2

EC3. Demandez : "Quel symptôme vous a-t-il le **plus inquiété** et vous a poussé à décider d'amener l'enfant à la FS ?"

_____ (_____)
(Notez le terme local utilisé par la mère) (Notez le terme équivalent en français)

_____ (_____)
(Notez le terme local utilisé par la mère) (Notez le terme équivalent en français)

Lire la fiche de recrutement à la mère et lui demandez son consentement: Consentement accordé: Oui:...1 Non:...2

(Initiales du superviseur : _____)

Si consentement non accordé, notez "9" en face de l'ID de l'enfant

Si le poids et la température sont déjà prises et si correctement pris (Formulaire : A1b et A4b) par l'équipe de la FS, notez les ci-dessous. Ne pas les noter si la prise n'est pas correcte.

Poids : |__|__|. |__|__|

⚡ Température: |__|__|. |__| °C

Formulaire 1: Observation [] Formulaire 2 : Entretien avec la mère [] Formulaire 3: Re-examen []

ENFANT TRANSFÉRÉ D'URGENCE PAR LE PS []

➤ **PRISE DE TEMPERATURE**

A4. Est-ce que le PS, ou un autre membre de l'équipe, a pris la température de l'enfant ce jour (avec le thermomètre)?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à Ω Ne sait pas:... 8 → Allez à Ω


 Si OUI (température prise):

☞ **A4a. Quel est le profil du PS qui a pris la température?**

Médecin :...1 Infirmier:...2 → A4at. **Est-il formé à la PCIME?** Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A4b. La température a-t-elle été correctement prise?**

Oui:... 1 Non:... 2 Ne sait pas:... 8

 Reportez la température sur la fiche de recrutement si elle est correctement prise.

Ω → Notez le moment du début de l'examen de l'enfant par le PS : |__|__| heures |__|__| min

➤ **SIGNES GENEREAUX DE DANGER**

A6. Le PS a-t-il demandé si l'enfant est incapable de boire ou de téter?

Oui (ou l'enfant prend le sein maintenant):... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A7

☞ **A6a.  Si OUI: Est-ce que la mère a dit que l'enfant est incapable de boire ou de téter?**

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A7 Ne sait pas:... 8 → Allez à la question # A7

☞ **A6b. Si OUI (la mère a répondu que l'enfant est incapable de boire): Le PS a-t-il offert à boire à l'enfant pour vérifier si l'enfant est effectivement incapable de boire?**

Oui:... 1 Non:... 2

A7. Le PS a-t-il demandé si l'enfant vomit tout ce qu'il consomme?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A8

☞ **A7a.  Si OUI: Est-ce que la mère a répondu que l'enfant vomit tout ce qu'il consomme?**

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A8 Ne sait pas:... 8 → Allez à la question # A8

☞ **A7b. Si OUI (la mère a répondu que l'enfant vomit tout ce qu'il consomme): Le PS a-t-il offert à boire à l'enfant pour vérifier si l'enfant vomit effectivement tout ce qu'il consomme?**

Oui:... 1 Non:... 2

A8. Le PS a-t-il demandé si l'enfant a convulsé durant la maladie actuelle ?

Oui (ou l'enfant convulse au moment de l'examen):... 1 Non:... 2

A9. L'enfant paraît-il endormi, léthargique ou inconscient?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A11

☞ **A10.** ☼ Si OUI (l'enfant paraît endormi) : Le PS a-t-il essayé de le réveiller pour vérifier que l'enfant est effectivement léthargique ou inconscient ?

Oui:... 1 Non:... 2

A11. Le PS a-t-il demandé si l'enfant a une TOUX ou UNE DIFFICULTE RESPIRATOIRE ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A12

☞ **A11a.** ☼ Si OUI: L'enfant a-t-il une toux ou difficulté respiratoire ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A12 Ne sait pas:... 8 → Allez à la question # A12

Si OUI (La mère a répondu que l'enfant a une toux ou difficulté respiratoire)

☞ **A11b.** Le PS a-t-il demandé depuis combien de temps l'enfant tousse-t-il ?

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A11c.** Le PS a-t-il demandé si l'enfant a un contage tuberculeux récent ?

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A11d.** Le PS a-t-il rapproché son oreille de l'enfant ?

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A11e.** Le PS a-t-il compté la fréquence respiratoire ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A12

Si OUI, la fréquence est comptée:

☞ **A11f.** L'enfant a-t-il été calme avant et pendant le comptage?

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A11g.** Le comptage a-t-il été fait durant une minute entière ?

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A11i.** Ecrire la fréquence respiratoire/min mesurée par le PS:

|__|__|

A12. Le PS a-t-il demandé si l'enfant a la DIARRHEE ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A120

☞ **A12a.** ☼ Si OUI : L'enfant a-t-il la diarrhée?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A120 Ne sait pas:... 8 → Allez à la question # A120

☼ Si OUI (La mère a répondu que l'enfant a la diarrhée) :

☞ **A12b.** Le PS a-t-il demandé depuis combien de temps l'enfant a-t-il la diarrhée ?

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A12c. Le PS a-t-il demandé s'il y a du sang dans les selles ?**

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A12d. Le PS a-t-il donné à boire à l'enfant?**

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A12e. Le PS a-t-il pincé la peau de l'abdomen ?**

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A120

☞ **A12f. 📢 Si OUI, le PS a-t-il pincé correctement la peau de l'abdomen ?**

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A12g. Entourez la conclusion du PS sur le pli cutané, s'efface-t-il :**

Rapidement:... 1 Lentement:... 2 Très lentement:... 3

A120. Le PS a-t-il examiné la GORGE de l'enfant ?

Oui:... 1 Non:... 2

A120a. Le PS a-t-il cherché les ADP sous maxillaires ?

Oui:... 1 Non:... 2

A121. Le PS a-t-il demandé si l'enfant a un PROBLEME D'OREILLE ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A13

☞ **A121a. 📢 Si OUI: La mère a-t-elle répondu que l'enfant a un problème d'oreille?**

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A13 Ne sait pas:... 8 → Allez à la question # A13

Si OUI (La mère a répondu que l'enfant a un problème d'oreille) :

☞ **A121b. Le PS a-t-il demandé si l'enfant a mal aux oreilles ?**

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A121c. Le PS a-t-il demandé si l'enfant a un écoulement auriculaire ?**

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A121f

☞ **A121d. 📢 Si OUI: La mère a-t-elle répondu que l'enfant a un écoulement auriculaire?**

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A121f

☞ **A121e. 📢 Si OUI: Le PS a-t-il demandé depuis combien de temps l'enfant a un écoulement auriculaire ?**

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A121f. Le PS a-t-il examiné les 2 oreilles pour voir si il y a du pus qui s'en écoule?**

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **A121g. Le PS a-t-il palpé derrière les deux oreilles ?**

Oui:... 1 Non:... 2

A13. Le PS a-t-il demandé ou a-t-il touché l'enfant pour vérifier si il a de la FIÈVRE? (ou s'est-il référé à la température si elle a été prise au début)?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A14

☞ **A13a. ☼ SI OUI: L'enfant a-t-il de la fièvre ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) ou des antécédents de fièvre ?**

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A14 Ne sait pas:... 8 → Allez à la question # A14

☼ Si OUI (l'enfant a de la fièvre) :

☞ **A13b. Le PS a-t-il demandé depuis combien de temps l'enfant a de la fièvre ?**

Oui:... 1 Non:... 2

A13c. Le PS a-t-il demandé si l'enfant a eu la rougeole au cours des 3 derniers mois ?

Oui:... 1 Non:... 2

A14. Le PS a-t-il recherché les signes d'AMAIGRISSEMENT visible et sévère (malnutrition sévère)?

Oui:... 1 Non:... 2 Ne sait pas:... 8

A15. Le PS a-t-il recherché la PÂLEUR PALMAIRE?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A16

☞ **A15a. ☼ SI OUI: Le PS a-t-il correctement recherché la pâleur palmaire ?**

Oui:... 1 Non:... 2 Ne sait pas:... 8

☞ **A15b. Entourez la conclusion du PS pour ce qui est de la pâleur palmaire :**

Pas de pâleur:... 1 Pâleur légère :... 2 Pâleur sévère:... 3

A16. Le PS a-t-il recherché un OEDÈME au niveau des 2 pieds ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A17 Ne sait pas:... 8 → Allez à la question # A17

☞ **A16a. ☼ SI OUI: Le PS a-t-il recherché correctement un oedème au niveau des 2 pieds ?**

Oui:... 1 Non:... 2 Ne sait pas:... 8

A17. Le PS a-t-il analysé le RAPPORT POIDS/ÂGE ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A18a Ne sait pas:... 8 → Allez à la question #A18a

☞ **A17a. ☼ SI OUI (le poids analysé /courbe de croissance): Qui a analysé le poids/âge à l'aide de la courbe de croissance?**

Médecin:...1 Infirmier:...2

A18a. Le PS a-t-il demandé le "CARNET DE SANTE DE L'ENFANT"?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A20

☞ **A19. La mère a-t-elle le carnet de santé de l'enfant au moment de la visite ?**

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A20

☞ **A19a. Le PS a-t-il consulté le carnet de santé?**

Oui:... 1 → Allez à la question # A21 Non:... 2

A20. Si la mère n'a PAS de carnet de santé ou le PS ne l'a pas consulté :

Est-ce que le PS a essayé de se renseigner auprès de la mère pour s'assurer que l'enfant a reçu:

- | | | | |
|--|-----|-----------|--------------------|
| a. Une injection sur le bras contre la tuberculose (BCG)? | a. | Oui:... 1 | Non:... 2 |
| b. Gouttes contre la polio? | b. | Oui:... 1 | Non:... 2 |
| c. Une ou plusieurs injections contre la DTC (FA Cuisse)? | c. | Oui:... 1 | Non:... 2 |
| c1. Une ou plusieurs injections contre l'HB (FA cuisse)? | c1. | Oui:... 1 | Non:... 2 |
| d. Une ou plusieurs injections contre la méningite à Hib (FA cuisse)? .. | d. | Oui:... 1 | Non:... 2 NA:... 3 |
| e. A 9 mois, une injection contre la rougeole (bras)? | e. | Oui:... 1 | Non:... 2 NA:... 3 |
| f. A 18 mois, une injection contre la DTC (bras)? | f. | Oui:... 1 | Non:... 2 NA:... 3 |
| g Vitamine A capsule bleu/rouge? | g. | Oui:... 1 | Non:... 2 NA:... 3 |
| h. Vitamine D | h. | Oui:... 1 | Non:... 2 |

A21. Le PS a-t-il demandé si l'enfant est allaité au sein?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A22 NA:... 3 → Allez à la question # A22
(enfant ≥ 24 mois)

☞ ☞ Si OUI: **A21a. L'enfant est-il allaité au sein d'après la mère ?**

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # A22

Si OUI (enfant allaité):

☞ **A21b. Le PS a-t-il demandé combien de fois par 24 heures ?**

Oui:... 1 Non:... 2

A22. Le PS a-t-il demandé quels ALIMENTS OU LIQUIDES sont donnés à l'enfant ?

Oui:... 1 Non:... 2

A22a. Le PS a-t-il demandé combien de fois par 24 heures la mère donne à manger à l'enfant ?

Oui:... 1 Non:... 2

A22b. Le PS a-t-il demandé quelle quantité prend-il à chaque repas ?

Oui:... 1 Non:... 2

A22c. Le PS a-t-il demandé si l'enfant reçoit sa propre ration ?

Oui:... 1 Non:... 2

A22d. Le PS a-t-il demandé si l'enfant finit sa ration ?

Oui:... 1 Non:... 2

A22e. Le PS a-t-il demandé qui nourrit l'enfant?

Oui:... 1 Non:... 2

A23. Le PS a-t-il demandé si la mère A CHANGÉ L'ALIMENTATION DE L'ENFANT DURANT LA MALADIE ACTUELLE?

Oui:... 1 Non:... 2

A23a. Quel est le profil du PS qui a évalué l'alimentation? (Entourez la bonne réponse)

Médecin :... 1 Infirmier : 2

A23at. Est-il formé à la PCIME?

Oui:... 1 Non:... 2

A24. Le PS a-t-il demandé si l'enfant a d'"AUTRE PROBLÈME"?

Oui:... 1 Non:... 2

PARTIE CLASSIFICATION

Entourez toutes les classifications faites par le PS et par vous pour l'enfant : si le PS n'a rien dit spontanément, lui demandez ses conclusions par rapport à l'évaluation de l'enfant.

Classifications du PS

Classifications de l'enquêteur

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| C05. Maladie très grave | 1 | 2 |
| C10. Pneumopathie grave | 1 | 2 |
| C11. Pneumopathie | 1 | 2 |
| C12. Pas de Pneumopathie (toux ou rhume) .. | 1 | 2 |
| C13. Sifflement | 1 | 2 |
| C14. Classification reportée (voir T2)..... | 1 | 2 |
| C20a. Déshydratation sévère..... | 1 | 2 |
| C20b. Déshydratation modérée | 1 | 2 |
| C20c. Pas de déshydratation | 1 | 2 |
| C21. Diarrhée persistante sévère..... | 1 | 2 |
| C22. Diarrhée persistante..... | 1 | 2 |
| C23. Dysenterie | 1 | 2 |
| C24. Angine | 1 | 2 |
| C25. Pas d'angine | 1 | 2 |
| C40. Mastoïdite | 1 | 2 |
| C41. Infection aiguë de l'oreille..... | 1 | 2 |
| C42. Infection chronique de l'oreille..... | 1 | 2 |
| C43. Pas d'infection de l'oreille | 1 | 2 |
| C30. Maladie fébrile très grave..... | 1 | 2 |
| C31. Infection bactérienne probable..... | 1 | 2 |
| C32. Infection bactérienne peu probable | 1 | 2 |
| C35. Rougeole avec complications | 1 | 2 |
| C36. Rougeole | 1 | 2 |
| C50a. Malnutrition sévère | 1 | 2 |
| C51a. Insuffisance pondérale | 1 | 2 |
| C52a. Poids normal..... | 1 | 2 |
| C50b. Anémie grave | 1 | 2 |
| C51b. Anémie | 1 | 2 |
| C52.b Pas d'anémie..... | 1 | 2 |
| C63. Problèmes d'alimentation | 1 | 2 |
| C60. Autres: Infection de l'oeil | 1 | 2 |
| C61. Autres: Problème cutané | 1 | 2 |
| C62. Autres (spécifiez)..... | 1 | 2 |

En se référant au le re-examen de l'enfant (Formulaire 3), entourez les classifications de l'enquêteur:

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| 105. Maladie très grave..... | 1 | 2 |
| 110. Pneumopathie grave | 1 | 2 |
| 111. Pneumopathie | 1 | 2 |
| 112. Pas de Pneumopathie (toux ou rhume) | 1 | 2 |
| 113. Sifflement | 1 | 2 |
| 120a. Déshydratation sévère | 1 | 2 |
| 120b. Déshydratation modérée..... | 1 | 2 |
| 120c. Pas de déshydratation..... | 1 | 2 |
| 121. Diarrhée persistante sévère..... | 1 | 2 |
| 122. Diarrhée persistante..... | 1 | 2 |
| 123. Dysenterie..... | 1 | 2 |
| 124. Angine | 1 | 2 |
| 125. Pas d'angine..... | 1 | 2 |
| 140. Mastoïdite..... | 1 | 2 |
| 141. Infection aiguë de l'oreille..... | 1 | 2 |
| 142. Infection chronique de l'oreille..... | 1 | 2 |
| 143. Pas d'infection de l'oreille | 1 | 2 |
| 130. Maladie fébrile très grave..... | 1 | 2 |
| 131. Infection bactérienne probable..... | 1 | 2 |
| 132. Infection bactérienne peu probable | 1 | 2 |
| 135. Rougeole avec complications..... | 1 | 2 |
| 136. Rougeole..... | 1 | 2 |
| 150. a Malnutrition sévère..... | 1 | 2 |
| 151. a Insuffisance pondérale | 1 | 2 |
| 152. a Poids normal | 1 | 2 |
| 150. b Anémie grave | 1 | 2 |
| 151. b Anémie | 1 | 2 |
| 152. b Pas d'anémie..... | 1 | 2 |
| 163. Problèmes d'alimentation | 1 | 2 |
| 160. Autres: Infection de l'oeil | 1 | 2 |
| 161. Autres: Problème cutané: | 1 | 2 |
| 162. Autres (spécifiez) | 1 | 2 |
| 164. Besoin de transfert d'urgence? | 1 | 2 |
| 164a. Besoin d'observation à la FS?..... | 1 | 2 |
| 165. Enfant à revoir pour une visite de suivi nécessaire dans ____ jours [si pas de besoin de visite de suivi nécessaire, noter 0] | | |
| 166. Besoin d'antibiotiques pour des problèmes non retenus dans le cadre de la PCIME ? | 1 | 2 |
| (ex : infection cutanée, etc.) | | |

NOTE:

- SI L'ENFANT A UN PROBLEME DE L'OEIL, ENCERCLER 1 DANS C60
- SI L'ENFANT A UN PROBLEME CUTANE, ENCERCLER 1 DANS C61 ET SPECIFIER.
- SI L'ENFANT A UN AUTRE PROBLEME, ENCERCLER 1 DANS C62 ET SPECIFIER.

PARTIE TRAITEMENT

T0. Le PS a-t-il informé la mère sur la nécessité de transférer d'urgence l'enfant à l'hôpital ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # T1

 Si OUI (mère informée par le PS sur la nécessité de transférer d'urgence l'enfant à l'hôpital):

T0a. Le PS a-t-il expliqué à la mère les raisons du transfert ?

Oui:... 1 Non:... 2

T0b. La mère a-t-elle accepté le transfert de l'enfant ?

Oui:... 1 Non:... 2

T0c. Le PS a-t-il rempli la fiche de transfert ?

Oui:... 1 Non:... 2

T1. Le PS a-t-il administré ou prescrit une ou des injection(s) ?

Oui:... 1 Non:... 2

Superviseur
Traitement
prétransfert correct?
OUI NON
1 T1a1 2

T2. Le PS a-t-il administré un broncho-dilatateur inhalé ?

Oui:... 1 Non:... 2

T3. Le PS a-t-il prescrit ou a-t-il donné des sachets de SRO à prendre à la maison ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # T4

 Si OUI (le PS a prescrit ou a donné des sachets de SRO à prendre à la maison):

o **Le PS a-t-il expliqué :**

T3a. La quantité d'eau à utiliser pour préparer la solution de SRO ?

Oui:... 1 Si Oui, Combien: _____ Non:... 2

T3b. Quand les SRO doivent être donnés à l'enfant durant la journée?

Oui:... 1 Si Oui, Quand: _____ Non:... 2

T3c. Quelle quantité de SRO donner à l'enfant chaque fois ?

Oui:... 1 Si Oui, Combien: _____ Non:... 2

Superviseur
Correct?
OUI NON
1 T3a1 2

1 T3b1 2

1 T3c1 2

T4. Le PS a-t-il administré la solution de SRO à l'enfant au niveau de la FS ?

Oui.. 1 Non:... 2

T6. Le PS a-t-il administré ou prescrit un traitement oral ?

Oui.. 1 Non:... 2 → allez à la question # T12 si l'enfant n'est pas référé ou la mère refuse le transfert. Si l'enfant doit être transféré et que la mère accepte le transfert, allez à la question # CM13 à la fin du questionnaire.

T7.  SI OUI: Reportez tous les traitements administrés et/ou prescrits:

- a. Antidiarrhéiques/antispasmodiquesa. Oui:... 1 Non:... 2 a.
- a1. Antitussifs/fluidifiants/médicaments pour rhume...a1. Oui:... 1 Non:... 2 a1.
- b. Metronidazole cp/siropb. Oui:... 1 Non:... 2 b.
- e. Paracétamol/ acide acétyl salicyliquee. Oui:... 1 Non:... 2 e.
- f. **Antibiotiques** cp/sirop/sachet recommandés*f. Oui:... 1 Non:... 2 f.
(*: amoxicilline, cotrimoxazole, erythromycine, Péni V)
- g. Autres **antibiotiques** cp/siropg. Oui:... 1 Non:... 2 g.
- g1. Salbutamol cp/siropg1. Oui:... 1 Non:... 2 g1.
- g2. Terbutaline cp/siropg2. Oui:... 1 Non:... 2 g2.
- h. Vitamine Ah. Oui:... 1 Non:... 2 h.
- i. Multi-vitaminesi. Oui:... 1 Non:... 2 i.
- k. Mebendazolek. Oui:... 1 Non:... 2 k.
- l. Fer cp/siropl. Oui:... 1 Non:... 2 l.
- n. Autres Oui:... 1 – n1. *spécifiez:* _____ Non:... 2 n.

i Si le PS a indiqué le transfert d'urgence de l'enfant et que la mère a accepté le transfert

(T0b=Oui), allez à la question CM12 à la fin du formulaire. Si un antibiotique oral et recommandé par la PCIME est donné (T7f=Oui), allez à la question suivante. Pour les autres situations, allez à la question T12.

T8. Si un ATB oral recommandé par la PCIME est donné, notez ce que le PS a dit:

- a. Nom: _____
- b. Présentation: _____
- c. Quantité par prise : _____
- d. Nombre de prise par jour : _____
- e. Durée du traitement (jours): _____

| Superviseur | | |
|---|------|-----|
| Conformité avec les directives de la PCIME? | | |
| OUI | | NON |
| 1 | T8a1 | 2 |
| 1 | T8c1 | 2 |
| 1 | T8d1 | 2 |
| 1 | T8e1 | 2 |

T12. Les médicaments suivants ont-ils été donnés ou prescrits par le PS?

- a. Salbutamol/Terbutaline aérosol a. Oui:... 1 Non:... 2
- c. Tétracycline pommade ophtalmique c. Oui:... 1 Non:... 2

FORME 1: CODAGE DU SUPERVISEUR

| | Informations nécessaires | Où trouver les données | Codes | | |
|---|---|---|----------|----------|--|
| B | Si un ATB <u>oral</u> a été prescrit pour un problème couvert par les directives cliniques de la PCIME, a-t-il été prescrit correctement? | OUI dans T7f <u>et</u> OUI dans T8c1, d1 et e1 | Oui 1 | Non 2 | NA 3 <i>(pas d'ATB)</i> |
| D | Si l'enfant est transféré d'urgence (quelque soit la raison), a-t-il reçu un traitement pré transfert approprié ? | OUI dans T0 <u>et</u> - Si <u>ATB</u> nécessaire: OUI dans T1a1 OU OUI in T7f - Si <u>sévèrement déshydraté</u> : OUI dans T4 | Oui 1 | Non 2 | NA 3 <i>(enfant non transféré)</i> |

NA = NON APPLICABLE

PARTIE CONSEILS

Dans certaines circonstances, les tâches sont accomplies par plusieurs professionnels de santé. Ainsi, si c'est le responsable de la pharmacie qui remet les médicaments à la mère et la conseille sur les modalités d'administration du traitement donné et administre aussi la première dose, il faut dans ce cas suivre l'enfant et observer cette partie là où sont remis les médicaments pour compléter l'observation.

▶ Si pas de SRO (T3=Non) et ou d'ATB oral (T7f=Non) prescrit ou donné, allez à la question # **CM5**.

CM1. Le PS a-t-il expliqué comment donner un traitement oral ?

- a. Antibiotique a. Oui:... 1 Non:... 2 NA (pas d'ATB):... 3
c. SRO c. Oui:... 1 Non:... 2 NA (pas de SRO):... 3

CM2. Le PS a-t-il fait une démonstration pour montrer comment administrer un traitement oral?

- a. Antibiotique a. Oui:... 1 Non:... 2 NA (pas d'ATB):... 3
c. SRO c. Oui:... 1 Non:... 2 NA (pas de SRO):... 3

CM3. Le PS a-t-il posé des questions ouvertes pour vérifier si la mère a compris comment administrer un traitement oral?

- a. Antibiotique a. Oui:... 1 Non:... 2 NA (pas d'ATB):... 3
c. SRO c. Oui:... 1 Non:... 2 NA (pas de SRO):... 3

CM4. Le PS a-t-il donné ou a demandé à la mère de donner la première dose du médicament au niveau de la FS?

- a. Antibiotique a. Oui:... 1 Non:... 2 NA (pas d'ATB):... 3

CM5. Le PS a-t-il conseillé la mère sur quand revenir pour la visite de suivi nécessaire?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # CM7

☞ **Si OUI: CM5a. Le PS a-t-il expliqué les raisons pour lesquelles il faut revenir pour la visite de suivi nécessaire?**

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **CM6. Au bout de combien de jours la mère doit-elle revenir à la FS ?**

|__|__| jours

CM7. Le PS a-t-il conseillé la mère d'augmenter les apports liquidiens à domicile (liquide et/ou allaitement maternel)?

Oui:... 1 Non:... 2

CM8. Le PS a-t-il conseillé la mère de maintenir l'allaitement maternel et/ou l'alimentation durant la maladie?

Oui:... 1 Non:... 2

CM9. Le PS a-t-il conseillé la mère sur le nombre de fois qu'elle doit nourrir et/ou allaiter son enfant?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # CM10 NA:... 3 → Allez à la question # CM10

☞ **Si OUI** (le PS a conseillé la mère sur le nombre de fois qu'elle doit nourrir et/ou allaiter son enfant):

☞ **CM9a. Combien de fois par 24 heures le PS a-t-il conseillé la mère de nourrir son enfant?**

|__|__| fois/24 heures (écrire 00 si rien n'a été mentionné sur l'alimentation et 77 si le conseil est "autant que l'enfant veut")

☞ **CM9b. Combien de fois par 24 heures le PS a-t-il conseillé la mère de donner le sein à son enfant?**

|__|__| fois/24 heures (écrire 00 si rien n'a été mentionné sur l'allaitement maternel et 77 si le conseil est "autant que l'enfant veut" et 88 si non applicable)

☞ **CM9c.** Quel est le profil du PS qui a donné ce conseil sur l'alimentation et/ou l'allaitement maternel?

Médecin:... 1 Infirmier:... 2 → **CM9ct.** Est-il formé à la PCIME? Oui:... 1 Non:... 2

CM10. Le PS a-t-il dit à la mère de revenir immédiatement pour les signes suivants?

(entourez les réponses applicables)(NA=non applicable)

- a. L'enfant est incapable de boire ou de téter..... a. Oui:... 1 Non:... 2
 b. L'enfant devient plus malade b. Oui:... 1 Non:... 2
 c. L'enfant développe une fièvre..... c. Oui:... 1 Non:... 2 NA:... 3 (enfant a une fièvre)
 d. L'enfant développe une respiration rapide... d. Oui:... 1 Non:... 2 NA:... 3 (enfant sans toux/ a diff.re)
 e. L'enfant développe une difficulté respiratoire e. Oui:... 1 Non:... 2 NA:... 3 (enfant sans toux/ a diff.re)
 e1. L'enfant développe un sifflement e1 Oui:... 1 Non:... 2 NA:... 3 (enfant a siffl. /pas de toux)
 f. L'enfant développe une dysenterie f. Oui:... 1 Non:... 2 NA:... 3 (enfant sans diarrhée)
 g. L'enfant boit difficilement ou très peu g. Oui:... 1 Non:... 2 NA:... 3 (enfant sans diarrhée)
 h. Autres..... Oui:... 1 (CM10hs. Spécifiez _____) Non:... 2

CM11a. Le PS utilise-t-il «la carte de la mère» ou les pages correspondantes du carnet de santé pour conseiller la mère sur les règles de prise en charge à domicile ?

Oui:... 1 Non:... 2 → Allez à la question # CM11d

☞ Si OUI, carte de la mère utilisée ou carnet de santé:

☞ **CM11b.** Le PS montre-t-il bien les pages correspondantes pour que la mère puisse voir facilement les illustrations?

Oui:... 1 Non:... 2

☞ **CM11c.** Le PS indique-t-il à la mère les illustrations tout en la conseillant?

Oui:... 1 Non:... 2

CM11d. Le PS pose-t-il des questions ouvertes pour vérifier si la mère a compris comment prendre en charge l'enfant à domicile (liquides, alimentation, quand revenir immédiatement ...)?

Oui:... 1 Non:... 2

CM11. Le PS a-t-il posé au moins une question sur la santé de la mère (besoin d'avis médical pour problème de santé, besoin de PF ou de vaccination, consultation prénatale ou postnatale ...)?

Oui:... 1 Non:... 2 NA:... 3 (Non Applicable si l'accompagnant n'est pas la mère)

CM12. Le ou les PS qui ont pris en charge cet enfant ont-ils utilisé l'algorithme de la PCIME, à un moment donné de sa prise en charge?

Oui:... 1 Non:... 2 Ne sait pas:... 8

Ω → Fin du temps de l'examen: |__|__| hrs |__|__| min → Temps de l'examen: |__|__| min

① MAINTENANT: CONTROLER LE FORMULAIRE ET SOYEZ SURE
QU'IL EST COMPLETEMENT REMPLI

FIN DE L'OBSERVATION - l'enquêteur doit revoir ce formulaire avant l'observation de la prise en charge du prochain enfant.

SUPERVISEUR: Compléter le codage du formulaire 1
(Partie « traitement par les médicaments »)

Si OUI, reportez le nom et la présentation et le dosage de l'ATB:

☞ 4a. Nom: _____

☞ 4b. Présentation et dosage: _____

Puis demander à la mère les questions suivantes sur l'ATB (reportez seulement ce que la mère a dit, pas ce qui est écrit sur la prescription. Ecrivez NSP si elle ne sait pas):

| | Superviseur Correct? | |
|----|----------------------|-----|
| | OUI | NON |
| 5S | 1 | 2 |
| 6S | 1 | 2 |
| 7S | 1 | 2 |

☞ 5. Quelle quantité de médicament allez-vous donner à «NOM» par prise? _____

☞ 6. Combien de fois par jour allez-vous lui en donner? fois

☞ 7. Pendant combien de jours, allez-vous lui en donner? jours

☞ 7o. Si <NOM> s'améliore avant, qu'est ce que vous allez faire avec les médicaments? (Cochez une seule réponse)

- a. Arrêter le médicamenta... 1
- b. Continuer le médicament mais en réduire la doseb... 2
- c. Continuer le médicament comme prescritc... 3
- d. Autresd... 4 (Préciser: _____)
- e. Ne sait pas.....e... 8

☞ 7y. Est-ce que on vous a remis l'ATB pour l'enfant à la FS ce jour?

Oui... 1 Non... 2 Ne sait pas... 8

16. ► Déterminez en vérifiant auprès de la mère et/ou en consultant la prescription si les SRO ont été prescrits ou donnés:

Oui... 1 (SRO prescrits ou donnés) Non... 2 → Allez à la question # 19a (pas de SRO prescrits ou donnés)

| | Superviseur Correct? | |
|-----|----------------------|-----|
| | OUI | NON |
| 17S | 1 | 2 |
| 18S | 1 | 2 |
| 19S | 1 | 2 |

Si OUI (SRO sont prescrits ou donnés), demandez:

☞ 17. Quelle est la quantité d'eau pour un sachet de SRO que vous allez utiliser? _____

☞ 18. A quel moment dans la journée allez-vous donner les SRO? _____

☞ 19. Quelle quantité de solution de SRO allez vous donner à <NOM>chaque fois? _____

Durant la maladie actuelle de votre enfant <NOM>:

19a. Allez-vous lui donner *plus, la même quantité ou moins de liquide* à boire – y compris l'allaitement maternel–?

Plus... 1 La même quantité... 2 Moins de liquide... 3 Ne sait pas... 8

19b. Allez-vous lui donner *plus, la même quantité ou moins de nourriture* que d'habitude - y compris l'allaitement maternel–?

Plus... 1 La même quantité... 2 Moins... 3 Ne sait pas... 8

🔔 EST CE QUE L'ENFANT EST AGE DE MOINS DE 24 MOIS ?

Oui... 1 Non... 2 → Allez à la question # 19d

☞ **19c. Combien de fois par 24 heures le PS vous a-t-il conseillé de donner le sein à <NOM>?**

8 fois ou plus 1 (Cochez uniquement une seule réponse)

Chaque fois que l'enfant le réclame 2

Moins de 8 fois 3

Autres 4 (Préciser: _____)

N'a rien dit ou ne sait pas

ou l'enfant n'est pas allaité au sein 8

19d. Combien de fois par 24 heures le PS vous a-t-il conseillé d'alimenter <NOM>? |__|__| fois
(Noter 77 si la mère a dit "autant de fois que l'enfant veut", 88 si la mère a dit ne sait pas, ou on lui a rien dit ou l'enfant est allaité exclusivement au sein)

20. Le PS vous a-t-il dit de ramener <NOM> à la FS un jour déterminé?

Oui... 1 Non... 2 → Allez à la question # 21 Ne sait pas... 8 → Allez à la question # 21

☞ **20a. 🔔 Si OUI: Au bout de combien de jours allez-vous ramener <NOM>? |__|__| jours**

21. Certains enfants malades doivent être ramenés immédiatement à la FS: Quels symptômes vont vous pousser à ramener l'enfant immédiatement à la FS? Ne suggérez rien – Entourez tous ce qui est mentionné. Répétez la question jusqu'à deux fois pour plus de signes/symptômes.

| | Mentioné | Non mentioné | Ne sait pas | |
|---|----------|--------------|-------------|----|
| a. Enfant incapable de boire ou de téter | 1 | 2 | 8 | a |
| b. Enfant devenant plus malade | 1 | 2 | 8 | b |
| c. Enfant développant une fièvre | 1 | 2 | 8 | c |
| d. Enfant développant une respiration rapide | 1 | 2 | 8 | d |
| e. Enfant développant une difficulté respiratoire/pneumopathie .. | 1 | 2 | 8 | e |
| e1. Enfant développant un sifflement | 1 | 2 | 8 | e1 |
| f. Enfant présentant du sang dans les selles | 1 | 2 | 8 | f |
| g. Enfant boit difficilement | 1 | 2 | 8 | g |
| h. Enfant a eu des convulsions..... | 1 | 2 | 8 | h |
| i. Autre: Oui... 1 (Préciser: _____) 2 | | | | i |
| j. Autre: Oui... 1 (Préciser: _____) 2 | | | | j |

🔔 EST-CE LA PERSONNE ACCOMPAGNANT L'ENFANT EST LA MERE ?

Oui... 1 Non... 2 → Allez à la question # 23

☞ **22. 🔔 Si OUI: Avez-vous bénéficié de la vaccination contre le tétanos (une injection au niveau du bras pour protéger votre NNé contre le tétanos)?**

Oui... 1 Non... 2 → Allez à la question # 23 Ne sait pas... 8 → Allez à la question # 23

🔔 Si OUI (injection reçue):

☞ **22a. Nombre d'injections reçues? |__|__| injections**

☞ **22b. Date de la dernière injection? Année: |__|__|__|__|**

23. **Avez-vous reçu ou vous a-t-on montré cette carte ce jour ?** Montrer la carte «conseiller la mère PCIME» ou les pages correspondantes sur le carnet de santé de l'enfant.

Oui... 1 Non... 2 Ne sait pas... 8

24. **Combien de temps vous a-t-il fallu aujourd'hui pour arriver à la FS en partant de votre domicile ?** |__|__|__| minutes

25. **Combien avez-vous dépensé pour payer le transport pour vous et votre enfant pour venir à la FS à partir de votre domicile ce jour ?** (Notez 0 si rien n'a été payé) |__|__|__|__| DH
Si 0, allez à la question # 29

28. **Est-ce qu'une autre personne a partagé avec vous ces frais ?**

Oui... 1 Non... 2 → Allez à la question # 28c Ne sait pas... 8 → Allez à la question # 28c

☞ 28a. Si OUI: Qui est ce? (Choisissez une seule catégorie)

a. Un proche... 1 b. Ami/voisin... 2 c. Autre... 3

☞ 28b. **De combien a-t-il ou a-t-elle contribué?** |__|__|__|__| DH

28c. **Est-ce que vous avez payé ces frais à partir de votre revenu régulier?**

Oui... 1 Non... 2 Ne sait pas... 8

29. **Est-ce que <NOM >est couvert par une assurance maladie ?**

Oui... 1 Non... 2 Ne sait pas... 8

30. **Que suggérerez-vous pour améliorer les services en matière de santé de l'enfant au niveau de cette formation sanitaire?** Entourer toutes les raisons qui s'appliquent. Ne suggérez rien (ne pas lire les options)

- | | | |
|--|-------------|----------|
| a. Plus de temps à l'examen..... | a. Oui... 1 | Non... 2 |
| b. Plus d'opportunité pour poser des questions | b. Oui... 1 | Non... 2 |
| c. Meilleure façon d'examiner l'enfant /examen complet..... | c. Oui... 1 | Non... 2 |
| d. Meilleurs traitements /soins offerts | d. Oui... 1 | Non... 2 |
| e. Plus de conseils et d'explications | e. Oui... 1 | Non... 2 |
| f. Meilleur accueil..... | f. Oui... 1 | Non... 2 |
| g. Disponibilité du PS durant les heures ouvrables/week-end..... | g. Oui... 1 | Non... 2 |
| h. Recevoir gratuitement des médicaments /disponibilité des médic. à la FS | h. Oui... 1 | Non... 2 |
| i. Moins de temps en salle d'attente | i. Oui... 1 | Non... 2 |
| j. Meilleure organisation des services | j. Oui... 1 | Non... 2 |
| l. Moins de frais (achat des médicaments, transport.....) | l. Oui... 1 | Non... 2 |
| m. Ne sait pas..... | m. Oui... 1 | Non... 2 |
| n. Autres: Oui... 1 <u>Si Oui</u> , spécifier: _____ | | Non... 2 |

ⓘ MAINTENANT: VÉRIFIER SI LE FORMULAIRE EST BIEN REMPLI ET QU'AUCUNE PARTIE N'A ÉTÉ OMISE !

FIN DE L'ENTRETIEN DE SORTIE

Remerciez la mère d'avoir bien voulu répondre aux questions et lui demandez si elle a envie de poser d'éventuelles questions. Assurez-vous que la mère connaît comment préparer la solution de SRO et comment l'administrer à l'enfant qui a une diarrhée, comment donner les médicaments prescrits, quand revenir pour la visite de suivi, quand revenir pour la vaccination, et quand revenir immédiatement en absence d'amélioration.

SUPERVISEUR: Compléter le codage du formulaire 2 (Médicaments par voie orale et SRO)

FORME 3: VALIDATION DE L'EXAMEN Date: ___/___/2007

Enquêteur ID: |___|___| Questionnaire: |___|___||___|___|

Province: _____ FORMATION SANITAIRE: Nom: _____

Code: |___|___| Type: CS... 1 D:... 2 FS code||Enfant ID

ENFANT: Nom: _____ ID: |___|___| Age: |___|___| Sexe: M... 1 F... 2

Poids : |___|___|.___|Kg Température rectale : |___|___|.___|°C

Visite : Première visite ... 1 Visite de suivi ... 2 DEMANDER: Quel est le motif de consultation? _____

| ÉVALUER (entourer les signes présents) | OUI | NON | CLASSER (entourer les mentions correctes) | OUI | NON |
|---|-----|-----|--|-----|-----|
| 1. SIGNES GÉNÉRAUX DE DANGER..... 1 2 ▪ INCAPABLE DE BOIRE OU DE PRENDRE LE SEIN ▪ L' ENFANT VOMIT TOUT CE QU'IL CONSOMME ▪ A EU DES CONVULSIONS DURANT LA MALADIE ACTUELLE ▪ LETHARGIQUE OU INCONSCIENT ▪ CONVULSE ACTUELLEMENT | | | 105. MALADIE TRES GRAVE | 1 | 2 |
| 2. L'ENFANT TOUSSE T-IL OU A T-IL DES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ? 1 2 ▪ Depuis combien de temps? ___ ___ jours 3. Compter les respirations par minute: ___ ___ Respiration rapide? ▪ Y a-t-il un contage tuberculeux récent? ▪ Rechercher un tirage sous-costal ▪ Regarder et écouter le stridor | | | 110. PNEUMOPATHIE GRAVE | 1 | 2 |
| 4. ▪ Regarder et écouter le SIFFLEMENT → → → | | | 111. PNEUMOPATHIE | 1 | 2 |
| 5. L'ENFANT A-T-IL LA DIARRHÉE ? 1 2 o Depuis combien de temps ? ___ ___ jours o Les selles contiennent-elles du sang? ▪ Evaluer l'état général de l'enfant. L'enfant est-il: Léthargique ou inconscient? Agité ou irritable? ▪ Regarder si les yeux sont enfoncés ▪ Offrir à boire à l'enfant. L'enfant: Est-il incapable de boire ou boit-il difficilement? Est-il assoiffé, boit-il avidement? ▪ Pincer la peau de l'abdomen. Le pli, est-il: | | | 112. PAS DE PNEUMOPATHIE (toux ou rhume) | 1 | 2 |
| 5a. Immédiatement ... 1 Pâteux (disparaît en moins de 2 secondes) ... 2 Persistant (2 secondes ou plus) ... 3 | | | 113. SIFFLEMENT | 1 | 2 |
| EVALUATION DE LA GORGE ▪ L'enfant a-t-il de la fièvre? (antécédents, chaud au toucher ou température rectale de 38 ou plus) ▪ L'enfant a-t-il mal à la gorge? ▪ Vérifier si la gorge est rouge ▪ Regarder s'il y a des taches blanchâtres ▪ Rechercher des adénopathies sous-maxillaires douloureuses | | | 120 a. DESHYDRATATION SEVERE | 1 | 2 |
| 6. L'ENFANT A-T-IL UN PROBLÈME D'OREILLE ? 1 2 o L'enfant a-t-il mal à l'oreille? o Y a-t-il un écoulement d'oreille? Si "Oui": Depuis combien de temps? ___ jours. ▪ Regarder si du pus coule d'une oreille ▪ Palper l'arrière de l'oreille pour détecter un gonflement douloureux | | | 120 b. DESHYDRATATION MODEREE | 1 | 2 |
| 7. L'ENFANT A-T-IL DE LA FIEVRE ? (antécédents/chaud au toucher/température rectale ≥ 38) 1 2 o Depuis combien de temps? ___ jours o Si depuis plus de 5 jours, la fièvre a-t-elle été présente tous les jours? o Y a-t-il un contage tuberculeux récent? o L'enfant a-t-il eu la rougeole au cours des 3 derniers mois ? ▪ Existe-t-il un signe général de danger? ▪ Observer et rechercher une e ou fontanelle bombée ▪ Observer et rechercher une raideur de la nuque ▪ Rechercher les signes de ROUGEOLE: - Eruption généralisée rougeoleuse et - L'un de ces signes: toux, écoulement nasal, ou yeux rouges | | | 120 c. PAS DE DESHYDRATATION | 1 | 2 |
| Si l'enfant a actuellement la rougeole ou l'a eue au cours des 3 derniers mois: ▪ Regarder la bouche pour détecter les ulcérations ▪ Regarder les yeux : y'a-t-il du pus au niveau des yeux | | | 121 DIARRHÉE PERSISTANTE SEVERE | 1 | 2 |
| 7a. ROUGEOLE ? 1 2 | | | 122. DIARRHÉE PERSISTANTE | 1 | 2 |
| | | | 123. DYSENTERIE | 1 | 2 |
| | | | 124. ANGINE | 1 | 2 |
| | | | 125. PAS D'ANGINE | 1 | 2 |
| | | | 140. MASTOÏDITE | 1 | 2 |
| | | | 141. INFECTION AIGUE DE L'OREILLE | 1 | 2 |
| | | | 142. INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE | 1 | 2 |
| | | | 143. PAS D'INFECTION DE L'OREILLE | 1 | 2 |
| | | | 130. MALADIE FEBRILE TRES GRAVE | 1 | 2 |
| | | | 131. INFECTION BACTERIENNE PROBABLE | 1 | 2 |
| | | | 132. INFECTION BACTERIENNE PEU PROBABLE ... | 1 | 2 |
| | | | 135. ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS | 1 | 2 |
| | | | 136. ROUGEOLE | 1 | 2 |

FORME 3: VALIDATION DE L'EXAMEN

Questionnaire:
 FS code || Enfant ID

EVALUER (entourer les signes présents)

CLASSER (entourer les mentions correctes)

OUI NON

| | |
|--|---|
| <p>VERIFIER L'ETAT NUTRITIONNEL ET RECHERCHER L'ANEMIE</p> <ul style="list-style-type: none"> Rechercher les signes d'amaigrissement visible et sévère Rechercher les oedèmes au niveau des 2 pieds Déterminer le poids pour l'âge: Faible ___ Normal ___ Rechercher la pâleur palmaire. Est-elle : 8. Pas de pâleur:... 1 Pâleur palmaire légère:... 2 Pâleur palmaire sévère:.. 3 | <p>150 a. MALNUTRITION SÉVÈRE 1 2 151 a. INSUFFISANCE PONDÉRALE 1 2 152 a. POIDS NORMAL 1 2 150 b. ANÉMIE GRAVE..... 1 2 151 b. ANÉMIE 1 2 152 b. PAS D'ANÉMIE..... 1 2</p> |
| <p>VERIFIER L'ETAT VACCINAL et LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINES A ET D</p> <p>Entourer les vaccins et les vitamines à administrer le jour de la visite</p> <p>Naissance 6 semaines 10 semaines 14 semaines 9 mois</p> <p>BCG DTC 1 DTC 2 DTC 3 Antirougeole Vitamine A: 1^{ère} dose 2^{ème} dose 3^{ème} dose VPO 0 VPO 1 VPO 2 VPO 3 Vitamine D: 1^{ère} dose 2^{ème} dose HB1 HB2 HB3 Hib1 Hib2 Hib3 18 mois : Premier rappel DTCP</p> | |
| <p>EVALUER L'ALIMENTATION si l'enfant a moins de 2 ans ou est classé DIARRHE PERSISTANTE, INSUFFISANCE PONDÉRALE ou ANÉMIE ou si cassure de la courbe de poids.</p> <p>9. Est-ce que <NOM> est allaité au sein ?..... Oui... 1 Non... 2</p> <p> Si OUI: COMBIEN DE FOIS EN 24 HEURES? __ __ Donnez-vous le sein durant la nuit? Oui Non</p> <p>LE NOMBRE DE TETEEES EST CONFORME AUX RECOMMANDATIONS? Oui Non</p> <p>L'ENFANT CONSOMME-T-IL D'AUTRES ALIMENTS ET/OU LIQUIDES? Oui Non Si oui, quels aliments ou liquides? _____</p> <p>LE TYPE D'ALIMENTS EST-IL APPROPRIE? Oui Non</p> <p>COMBIEN DE FOIS PAR 24 HEURES? __ __ fois.</p> <p>LE NOMBRE DE REPAS PAR JOUR EST-IL CONFORME AUX RECOMMANDATIONS?..... Oui Non</p> <p>Comment donnez-vous à manger à l'enfant? _____</p> <p>Quelle quantité lui donnez-vous à chaque repas? (Précisez) _____</p> <p>L'enfant reçoit-il sa propre ration? Oui ___ Non ___</p> <p>Finit-il sa ration? Oui ___ Non ___</p> <p>Est-ce que quelqu'un aide l'enfant à manger? _____ Et comment? _____</p> <p>Pendant sa maladie, la mère a-t-elle changé l'alimentation de l'enfant? Oui ___ Non ___ Si Oui, comment? _____</p> | <p>163. PROBLEME D'ALIMENTATION?.....1 2</p> <p>a. Nombre de tétée insuffisant ou pas à la demande1 2</p> <p>b. Administration de liquides ou d'aliments avant l'âge de 6 mois1 2</p> <p>c. Quantité d'aliments insuffisante / jour1 2</p> <p>d. Nombre de repas insuffisant / jour1 2</p> <p>e. Alimentation non variée/de consistance légère/ non enrichie avec de l'huile et/ou protéines.....1 2</p> <p>f. Pas de ration individuelle1 2</p> <p>g. Absence d'alimentation active1 2</p> <p>h. Utilisation du biberon1 2</p> <p>i. Diminution des apports alimentaires durant la maladie ..1 2</p> <p>j. Autres (préciser) : _____)1 2</p> |
| <p>15. EVALUATION DES AUTRES PROBLEMES : Y'A-T-IL D'AUTRES PROBLEMES? Oui... 1 Non... 2</p> | <p>160. CONJONCTIVITE (AUTRE PROBLEME 1)1 2</p> <p>161. DERMATOSE (AUTRE PROBLEME 2)1 2</p> <p>162. AUTRE PROBLEME (Sp.: _____)1 2</p> |
| <p>164. L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'UN TRANSFERT D'URGENCE ?..... Oui ... 1 Non... 2</p> <p>164a. L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ETRE GARDE EN OBSERVATION A LA FORMATION SANITAIRE?..... Oui... 1 Non... 2</p> <p>165. L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'UNE VISITE DE SUIVI :..... __ __ jours → Entrer 00 si pas besoin d'une visite de suivi</p> <p>166. Y'A-T-IL BESOIN DE PRESCRIRE DES ANTIBIOTIQUES POUR DES PROBELMES NON COUVERTS PAR LA PCIME? Oui... 1 Non... 2</p> | |

16. ► **Vérifier si l'enfant a besoin de recevoir une prise de vitamine A aujourd'hui:**
 Oui ... 1 (Vitamine A nécessaire) Non... 2 (n'a pas besoin de vitamine A) Ne sait pas ... 8
 → Si NON ou NE SAIT PAS, passer à la q. # 19

☞ 17. 🚫 Si OUI, DEMANDER AU PARENT QUI ACCOMPAGNE L'ENFANT :
Est-ce que <NOM> a reçu de la vitamine A aujourd'hui? (Montrer au parent la gélule de vitamine A adaptée à l'âge de l'enfant)
 Oui ... 1 → Passer à la question # 19 Non... 2 Ne sait pas ... 8

☞ 18. 🚫 SI NON ou NE SAIT PAS : **Est-ce que le professionnel de santé vous a demandé de ramener <NOM> pour recevoir la vitamine A un autre jour?**
 Oui ... 1 Non... 2 Ne sait pas ... 8

19. ► **Vérifier si le carnet de santé ou la carte de vaccination de l'enfant est disponible:**
 Oui ... 1 (Disponible) Non... 2 (Non disponible)

20. ► **Vérifier si l'enfant a besoin de recevoir une vaccination aujourd'hui:**
 Oui ... 1 (Besoin de vaccination) Non... 2 → ARRÊTEZ (Pas de besoin de vaccination) Ne sait pas ... 8 → ARRÊTEZ
 Si NON ou NE SAIT PAS, S'ARRÊTER À CE NIVEAU 🚫

SI OUI (vaccination nécessaire), DEMANDER AU PARENT :

☞ 21. **Est-ce que <NOM> a reçu un vaccin aujourd'hui ou le professionnel de santé l'a référé pour vaccination au niveau de la SMI?**
 Oui ... 1 → S'ARRÊTER À CE NIVEAU 🚫 (Vaccin administré ou enfant référé pour vaccination à la SMI) Non... 2 Ne sait pas ... 8 (Vaccin non administré et l'enfant non référé)

☞ 22. SI NON ou Ne sait pas: **Est-ce que le professionnel de santé vous a demandé de ramener <NOM> pour vaccination un autre jour ou d'aller au niveau d'une autre structure pour le vacciner?**
 Oui ... 1 Non... 2

① SUPERVISEUR : NOTER LES CLASSIFICATIONS AU NIVEAU DES TABLEAUX DU FORME 1, PAGE 8

Formulaire 4. EQUIPMENTS ET SUPPORTS

Date: ____/____/ 2007 Province: _____ Milieu : Urbain :... 1 Rural :... 2

Formation sanitaire: Code |__|__| Nom _____ Type: CS:... 1 D:... 2

Equipe: |____|

Discutez avec le responsable de la formation sanitaire pour déterminer le nombre de professionnels de santé impliqués dans la santé de l'enfant:

Tableau 1: Profils des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des enfants malades

| Profil | Effectif des PS impliqués dans la prise en charge des enfants | Effectif des PS impliqués dans la prise en charge des enfants et qui sont formés à la PCIME | Effectif des PS formés à la PCIME présents aujourd'hui |
|-----------|---|---|--|
| Médecin | | | |
| Infirmier | | | |
| Total | | | |

Demandez au responsable de la formation de vous guider durant la visite de la structure. Observez et vérifiez la disponibilité des différents équipements et supports et remplissez la forme en se basant sur votre propre constat.

EQUIPEMENTS ET SUPPORTS

E1. La formation sanitaire dispose-t-elle des équipements et supports suivants?

- a. Pèse - personne disponible et fonctionnela. Oui:... 1 Non:... 2
- b. Pèse - bébé disponible et fonctionnel.....b. Oui:... 1 Non:... 2
- c. Montre disponible et fonctionnelle ou autrec. Oui:... 1 Non:... 2
- d. Matériel de préparation des SRO et de réhydratation orale (bocal d'un litre, gobelet et cuillères)d. Oui:... 1 Non:... 2
- e. Chambre d'inhalation avec masque (baby haler) e. Oui:... 1 Non:... 2
- f. Thermomètre f. Oui:... 1 Non:... 2
- g. Fiches de stock et registre des médicamentsg. Oui:... 1 Non:... 2
- h. Registre de vaccination h. Oui:... 1 Non:... 2
- i. Registre intégré de santé de l'enfant..... i. Oui:... 1 Non:... 2
- j. Carte de conseils pour la mère (PCIME) ou carnet de santé de l'enfant..... j. Oui:... 1 Non:... 2
- k. Algorithme PCIME : Prise en charge de l'enfant malade k. Oui:... 1 Non:... 2
- l. Fiches PCIME l. Oui:... 1 Non:... 2
- m. Fiche journalière PCIME..... m. Oui:... 1 Non:... 2
- n. Rapport mensuel PCIME n. Oui:... 1 Non:... 2
- o. Fiche de référence et contre référence PCIME o. Oui:... 1 Non:... 2
- p. Chauffage / Climatiseur p. Oui:... 1 Non:... 2
- q. Alimentation en eau (eau courante, eau de pompe ou eau provenant d'une citerne) q. Oui:... 1 Non:... 2
- r. Moyens d'évacuation des cas graves nécessitant le transfert r. Oui:... 1 Non:... 2

**L'accessibilité des moyens d'évacuation est définie à la fois par l'accessibilité physique (distance) et économique (abordable) et ce pour la majorité de la population desservie par la formation sanitaire durant les heures ouvrables.*

E1z. La FS offre-t-elle des prestations de vaccination?

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la partie traitant de la disponibilité des médicaments, question #D1

E2. La FS dispose-t-elle de seringues et aiguilles appropriées pour la vaccination?

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # E3

E2a.  SI OUI (seringues et aiguilles appropriées): Comment son-elles utilisées par le PS?

Usage unique :... **1** Usage multiple:... **2** → Allez à la question # E3

E2b. Si seringues jetables: La FS dispose-t-elle de boîte pour collecter les aiguilles utilisées?

Oui:... **1** Non:... **2**

E3. La FS dispose-t-elle d'un stérilisateur ou d'une cuisinière ou étuve fonctionnels?

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # E4a

E3a.  SI OUI: Est-ce que la FS utilise l'un de ces moyens pour stériliser les seringues et les aiguilles?

Oui:... **1** Non:... **2**

E4a. La FS dispose-t-elle d'un réfrigérateur fonctionnel ?

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # E5

E4b.  SI OUI: Y'a-t-il un thermomètre de contrôle de la température fonctionnel dans le réfrigérateur?

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # E5

E4c. IF YES: La température du réfrigérateur est-elle entre 2⁰C et 8⁰C au moment de la visite ?

Oui:... **1** Non:... **2**

E5. Y'a-t-il des accumulateurs de froids à la FS?

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # E5b

E5a.  SI OUI: Les accumulateurs son-ils congelés ?

Oui:... **1** Non:... **2**

E5b. La FS dispose-t-elle d'un porte vaccin ?

Oui:... **1** Non:... **2** No applicable (milieu urbain):... **3**

E6. La FS dispose-t-elle des vaccins suivants le jour de la visite ?

- | | | | | |
|--------------------------------------|------------|---|---------|---|
| a. BCG..... | a. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| b. VPO..... | b. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| c. DTC | c. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| d. Rougeole | d. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| e. Hib | e. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| f. Hépatite B..... | f. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| g. Vaccin anti tétanique (VAT) | g. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |

E7. Y'a-t-il péremption de l'un des vaccins suivants ?

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------|---|---------|---|
| a. BCG..... | a. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| b. VPO..... | b. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| c. DTC | c. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| d. Rougeole | d. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| e. Hib | e. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| f. Hépatite B..... | f. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |
| g. Vaccin anti tétanique (VAT)..... | g. Oui:... | 1 | Non:... | 2 |

E8. Y'a-t-il un ou des flacons ouverts du vaccin contre la rougeole à l'intérieur du réfrigérateur ?

Oui:... 1 Non:... 2

E9. Y'a-t-il un ou des flacons congelés du vaccin contre la rougeole ?

Oui:... 1 Non:... 2

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS

Vérifiez le stock des médicaments. Répondez aux questions en se basant sur votre propre constat.

D1. La FS dispose-t-elle des médicaments suivants au moment de la visite ?

- a. **SRO**.....a. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- b. **Cotrimoxazole** (comprimé, sirop – antibiotique de première intention pour les cas de pneumopathie et de dysenterie)b. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- c. **Amoxicilline** (comprimé, sirop – antibiotique pour les cas d'angine, de deuxième intention pour les cas de pneumopathie et de dysenterie).....c. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- g. **Pénicilline V** comprimé (1 M IU) ou sirop (250000 or 400000 IU/5ml)g. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- g1. **Erythromycine** sachets / comprimé (125, 250, 500 mg)g1. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- h. **Vitamine A** *bleu* (100,000 IU) ou *rouge* (200,000IU) géluleh. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- h1. **Vitamine D** ampoule (600,000 IU)h1. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- i. **Fer** comprimé ou sirop (60mg fer élément)i. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- j. **Paracétamol** sirop (120mg/5 ml), sachets (100 → 300mg), comprimé (500mg), suppositoires ou **Aspirine** comprimé (500mg) ou sachet (100, 250, 500mg)j. Oui...**1** Non... **2** Périmé:...**3**
- l. **Tétracycline pommade ophtalmique**l. Oui...**1** Non... **2** Périmé:...**3**
- n. **Salbutamol** ou **terbutaline** aérosol doseurn. Oui...**1** Non... **2** Périmé:...**3**
- o. **Salbutamol** sirop (2mg/5 ml), comprimé (2mg) ou **Terbutaline** sirop (1.5 mg/5 ml), comprimé (2,5 mg)o. Oui...**1** Non... **2** Périmé:...**3**
- p. **Diazépam** ampoule (10mg/2ml) ou **Médazolam** ampoule (5mg/5ml)p. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**

D2. La FS dispose-t-elle des médicaments injectables et eau stérile pour la préparation des injections au moment de la visite ?

- a. **Thiamphénicol IM**a. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- b. **Ampicilline IM**.....b. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- c. **Benzylpénicilline IM**c. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- c1. **Benzathine pénicilline IM**c1. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- d. **Gentamycine IM**d. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- e. Eau stérile pour préparer les injectionse. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**
- f2. Sérum salé 9 pour mille (pour la réhydratation intraveineuse)..f2. Oui... **1** Non... **2** Périmé:...**3**

D3. A combien de temps remonte la dernière livraison de médicaments ?Moins de 30 jours :... **1**Entre 30 et 59 jours:... **2**Plus de 60 jours :... **3**

ORGANISATION DES SERVICES

Posez les questions suivantes au professionnel de santé ayant été observés durant la prise en charge d'enfants malades. Dans le cas où plusieurs professionnels de santé ont été observés, discutez ces questions avec l'ensemble des PS observés et en concertation avec le groupe, notez les réponses. Notez vos commentaires sur le recto de la page en cas de difficultés de récolte de données.

S1. Quel est le nombre de jours ouvrables par semaine (y compris pour les urgences ou les jours de garde) ?|__| jours/semaine

S2. Quel est le nombre de jours par semaine durant lesquels des prestations curatives sont offertes pour les enfants ?..... |__| jours/semaine

S3. La FS offre-t-elle des prestations de vaccination?

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # S4

☞ **S3a. Combien de séances de vaccination sont offertes par semaine?....**|__| no./semaine

☞ **S3b. La FS applique-t-elle la politique du flacon ouvert ?**

Oui:... **1** Non:... **2**

S4. La FS assure-t-elle des services mobiles (“équipe mobile”)?

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # S5

🔔 Si OUI (service mobile assuré):

☞ **S4a. Quel est le nombre de sorties planifiées durant l'année 2006?**|__| sorties

☞ **S4b. Quel est le nombre de sorties planifiées mais non réalisées pour l'année 2006?....**|__| sorties

☞ **S4c. Quelles sont les prestations offertes par l'équipe mobile ?**

a. Prestations préventives (PNI, vitamines A et D, pesée, PF, CPN, etc.)a. Oui:... **1** Non:... **2**

b. Prestations curatives.....b. Oui:... **1** Non:... **2**

c. Promotion de la santé (éducation sanitaire, hygiène du milieu, etc.) ...c. Oui:... **1** Non:... **2**

☞ **S4d. Est-ce que l'équipe mobile est systématiquement médicalisée (présence d'un ou plusieurs médecins) et ce à toutes les sorties)?**

Oui:... **1** → Allez à la question # S5 Non:... **2**

☞ **S4e. 🔔 Si NON : Pourquoi ? Précisez:** _____

S5. Quel est le nombre de visites de supervision dont a bénéficié la FS durant les 6 derniers mois ?|__|__| fois/6 mois

→ Si aucune visite durant les 6 derniers mois, noter 0 et allez à la question S7

- ☞ **S6. Parmi ces visites de supervision, combien ont été des visites de suivi après la formation PCIME (en dehors des visites de supervision de routine)?**|__|__| visites de suivi après la formation PCIME

POSEZ LA QUESTION S6a et S6b AUX PS EN SE RÉFÉRANT À LA VISITE DE SUPERVISION DE ROUTINE LA PLUS RÉCENTE, LES VISITES DE SUIVI APRÈS LA FORMATION PCIME ÉTANT EXCLUSES:

- ☞ **S6a. Durant la dernière visite de supervision de routine qui a eu lieu au cours des 6 derniers mois, y'a-t-il eu supervision des activités de santé de l'enfant ?**

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # S7 Ne sait pas :... **8** → Allez à la question # S7

- ☞ **S6b.** ☀ *Si Oui:* **Le ou les superviseurs ont-ils observé la prise en charge clinique des cas d'enfants malades ?**

Oui:... **1** Non:... **2** Ne sait pas:... **8**

- S7. La FS dispose-t-elle d'un registre de supervision ?**

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # S9 Ne sait pas:... **8** → Allez à la question # S9

- ☞ **S7a.** ☀ *Si Oui:* **Des recommandations pour l'équipe de la FS ont-elle été notifiées sur le registre de supervision ?**

Oui:... **1** Non:... **2** Aucune trace de la visite:... **3** → Allez à la question # S9

- ☞ **S7b. A combien de mois remonte la dernière notification faite sur le registre de supervision?**

|__|__| mois passés

- S9. Combien de temps faut-il pour arriver à l'hôpital le plus proche en utilisant le mode de transport le plus commun* ?**|__|__| heures |__|__| minutes

**Le mode de transport commun signifie le moyen de transport le plus disponible et le plus abordable pour la majorité de la population.*

- S10. Avez-vous déjà eu le cas d'un enfant nécessitant le transfert d'urgence à l'hôpital et qui n'a pas été transféré ?**

Oui:... **1** Non:... **2** → Allez à la question # S11

- ☞ **S10a.** ☀ *Si Oui,* **Pourquoi ?** _____

- S11. D'après vous sur 10 enfants pour qui le transfert d'urgence à l'hôpital est indiqué, combien arrivent-ils effectivement à l'hôpital ?**

|__|__| enfants

SYSTEME D'INFORMATION

Demandez au responsable de la FS de vous aider à identifier les supports d'information de la F S. Consultez les supports pour répondre aux questions suivantes. Notez "NI" si pas assez d'informations.

Note: La disponibilité des supports d'information varie en fonction du type de FS.

F1. La FS dispose-t-elle d'un registre pour la prise en charge d'enfants de moins de 5 ans ?

Oui:... 1 Non:... 2 → *If NO, Stop here* ⊗

F2. La FS utilise-t-elle deux registres différents pour noter séparément les cas d'enfants malades pris en charge et les prestations de vaccination ?

Oui:... 1 Non:... 2

➤ **VÉRIFIEZ LES DONNÉES DU MOIS DE SEPTEMBRE 2007 ET NOTEZ LES RÉSULTATS SUR LE TABLEAU SUIVANT**

Compter en exploitant les données des registres l'effectif total des contacts pour maladie et pour vaccination pour le mois de Septembre de l'année 2007. Un enfant peut bénéficier de plusieurs prestations durant la même visite à la FS.

| | | CONSULTATION POUR MALADIE | | CONSULTATION POUR VACCINATION |
|-----|---|------------------------------|-----|-------------------------------------|
| R1. | Quel est le nombre total de contacts avec la FS durant le mois de septembre 2007 pour l'ENSEMBLE des patients? | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| R2. | Quel est le nombre total de contacts avec la FS durant le mois de septembre 2007 pour les enfants ÂGÉS DE MOINS DE 5 ANS indépendamment du sexe? | _ _ _ _ _ _ _ | R5. | _ _ _ _ _ _ _ |
| R3. | Quel est le nombre total de contacts avec la FS durant le mois de septembre 2007 pour les enfants âgés de moins de 5 ans de sexe FÉMININ? | _ _ _ _ _ _ _ | R6. | _ _ _ _ _ _ _ |
| R4. | Quel est le nombre total de contacts avec la FS durant le mois de septembre 2007 pour les nourrissons de MOINS DE 2 MOIS indépendamment de l'âge? | _ _ _ _ _ _ _ | | |

FEUILLE D'OBSERVATION

Date: _____ Enquêteur : _____ Equipe: _____

Province: _____ Code de la formation sanitaire |__|__|

1. ORGANISATION du travail au niveau de la FS : a) Circuit des enfants (passage systématique de moins de 5 ans par la cellule SMI ? b) Charge globale de travail sur la base d'un document et chiffrée (enfants et adultes) ? c) Délai d'attente ? d) Existence d'un système pour prioriser les cas gravement malades ? e) Répartition des tâches entre médecin et infirmier ? f) Qui assure la partie " conseiller " la mère pour l'enfant malade (médecin ou infirmier) ?

2. MÉDICAMENTS : a) Le rythme de livraison des médicaments par le niveau provincial est-il régulier ? b) Si oui, à quel rythme (tous les 2 mois, 3 mois... ? c) Nombre de rupture de stock des médicaments essentiel de la PCIME et leurs durées durant l'année 2006 ? d) Si rupture d'antibiotiques PCIME durant les 3 derniers mois, la rupture a-t-elle été plus d'une semaine ? e) Modalités d'établissement des besoins en médicaments et d'approvisionnement (quantité mensuelle consommée, reconduite ou majoration de la commande de l'année précédente, etc..) et si priorisation de certains médicaments ? f) Disponibilité et qualité de remplissage des supports de gestion des médicaments (fiches de stock et registre de la main courante au niveau de la pharmacie et du poste de distribution) ? g) Accessibilité financière des familles aux médicaments (achat en privé) ?

3. TRANSFERT DES CAS URGENTS : a) Eloignement de l'hôpital ? B) Disponibilité d'ambulance ? Si non, autres moyens d'évacuation accessibles ? c) Perception de la qualité de services au niveau de l'hôpital ? d) Système de référence et de contre référence est-il opérationnel ?

4. UTILISATION DES SERVICES : a) Y'a-t-il un problème d'accessibilité de la FS pour la population ? b) Y a-t-il eu une augmentation de l'utilisation des services depuis l'introduction de la PCIME dans cette FS ? Si oui, y a t'il des données qui confirme ce constat (chiffres) ?

5. SIS: Qualité, analyse et utilisation des données pour la planification au niveau local et feed back du niveau supérieur : a) Que pense l'équipe de la FS du SI de la santé de l'enfant (nombre, fiabilité et utilité) ? b) Quel est le nombre de supports utilisés pour noter les données relatives à la PEC de l'enfant malade depuis son entrée et jusqu'au moment où il quitte la FS (registres et dossier personnel) ? c) Toutes les données sont-elles notées sur les supports de l'enfant (toutes les cases et toutes les colonnes sont-elles remplies : âge, sexe, etc..) ? d) Les données sont-elles analysées par l'équipe et utilisées au niveau local (donner des exemples) ? e) Y'a-t-il un tableau de bord ? f) Les données PCIME sont-elles affichées ?

6. PERCEPTION DES CONTRAINTES MAJEURES POUR LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE PCIME AU NIVEAU DE LA FS ET LES SOLUTIONS PROPOSEES

Noter la suite sur le verso de la page