

4) A évalué correctement l'enfant pour le symptôme diarrhée											
a) A recherché l'incapacité de boire ou de téter	NA										
b) A recherché les yeux enfoncés	NA										
c) A recherché le signe de bois avidement	NA										
d) A recherché l'irritabilité	NA										
f) A recherché le pli cutané	NA										
g) A recherché l'existence de sang dans selles	NA										
5) A évalué correctement l'enfant sur le symptôme fièvre											
a) A recherché la raideur de la nuque											
b) A recherché la fontanelle bombée											
6) A interrogé la maman sur l'état nutritionnel											
a) A recherché l'œdème des deux pieds											
7) A vérifié correctement l'état vaccinal de l'enfant											
8) A vérifié le statut de la vitamine A et Mebendazole											
C- CLASSIFICATION : Est-ce que l'agent communautaire a classé correctement :											
a) La toux avec signe de danger	NA										
b) La pneumonie	NON										
c) La toux ou rhume	NA										
d) La diarrhée avec signe de danger	NA										
e) La diarrhée simple	NA										
f) La fièvre avec signe de danger	NA										
g) Le paludisme simple	OUI										
h) L'état nutritionnel avec signe de danger	NA										
i) Le bon état nutritionnel	NA										
D- TRAITEMENT : Est-ce que l'agent communautaire a donné la dose correcte de ;											
a) COTRIMOXAZOLE pour la pneumonie	OUI/NON										
b) ZINC pour la diarrhée simple	NA										
c) SRO pour la diarrhée simple	NA										
d) ACT pour paludisme simple	OUI/NON										
e) PARACETAMOL pour palu simple	OUI/NON										
f) A donné des conseils sur les soins à domicile	OUI/NON										

III) OBSERVATION DE LA DISPENSATION DES MEDICAMENTS

TACHES	SUIVI MOIS DE :			SUIVI MOIS DE :			SUIVI MOIS DE :		
	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 1	Enf 2	Enf 3
1. Conditionner les médicaments:									
a) L'Agent Communautaire a bien compté la quantité nécessaire pour un traitement complet									
b) L'Agent Communautaire a bien étiqueté l'emballage avec le nom du médicament, la posologie et la durée du traitement									
2. Montrer les médicaments à la mère:									
Il a montré à la mère le nom, la forme de médicament et ce qu'il traite (ou son utilité)									
3. Expliquer à la mère les 3 Combien:									
a) Combien par prise									
b) Combien de fois par jour									
c) Pendant Combien de jour									
4. Vérifier la compréhension de la mère:									
L'Agent Communautaire a fait répéter à la mère les 3 Combien pour chaque médicament									
5) Démonstration:									
L'Agent Communautaire a demandé à la mère d'administrer la première dose en sa présence									

NOM DU SUPERVISEUR

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS

OUI : CE QUI A ETE FAIT NON : ce qui n'a pas été fait NA : non applicable

FICHE DE CONTROLE DES OUTILS, DES MEDICAMENTS ET DES MATERIELS

Madagascar

DATE DE SUIVI		MOIS DE :			MOIS DE :		
NOM DU SITE							
NOMS DES AGENTS COMMUNAUTAIRES		REPLISSAGE	OBSERVATIONS	REPLISSAGE	OBSERVATIONS	REPLISSAGE	OBSERVATIONS
		Incorrecte					
QUALITE DE TENUE DES OUTILS	Registre						
	Pre rapport						
	RUMER						
	Rapport mensuel						
QUALITE DE CONSERVATION DES MEDICAMENTS		Correcte-----	Incorrecte -----	Correcte-----	Incorrecte -----	Correcte-----	Incorrecte -----
DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET NOMBRE DE JOURS DE RUPTURE STOCK		Disponibles	Jours de rupture	Disponibles	Jours de rupture	Disponibles	Jours de rupture
Cotrim 120 mg Cp							
Cotrim 240 mg PPS							
Cotrim 480 mg Cp							
Zinc 20 mg Cp							
SRO							
ACTI PAL Cp							
Paracetamol 500mg							
Paracetamol 100mg							
DISPONIBILITE DES MATERIELS							
1. Fiche de prise en charge							
2. Balance fonctionnelle /Muac							
3. Minuteur fonctionnel							
4. Fiche de référence contre référence							
5. Fiche de rapport mensuel							
6. Disponibilité d'emballage pour les médicaments							

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
 MINISTRE DE LA SANTE ET DU PLANNING FAMILIAL

**GRILLE DE DEPOUILLEMENT DES FICHES DE PRISE EN CHARGE DES CAS AUX SITES
 EVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE**

REGION.....DISTRICT.....CSB DE RATTACHEMENT.....
 SITE COMMUNAUTAIRE.....NOM DE L'AGENT COMMUNAUTAIRE.....

COMPLETUDE DE LA FICHE DE PRISE EN CHARGE PAR SECTION ET MOIS DEPUIS L'ENTREE EN FONCTION														
	Mois 1		Mois 2		Mois 3		Mois 4		Mois 5		Mois 6			
Indiquer le mois de l'année														
Section de la fiche	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
1. Identité de l'enfant														
2. Motif de consultation														
3. Signes généraux de danger														
4. Toux et difficultés respiratoires														
5. Diarrhée														
6. Fièvre														
7. Etat nutritionnel de l'enfant														
8. Vaccination, Vitamine A et Mebendazole														
9. Conseils pour la référence														
10. Traitement des cas														
CONCORDANCE ENTRE EVALUATION ET CLASSIFICATION														
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
1. Toux et difficultés respiratoires														
2. Diarrhée														
3. Fièvre														
4. Etat nutritionnel de l'enfant														
CONCORDANCE ENTRE CLASSIFICATION ET TRAITEMENT														
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Toux avec signe de danger														
Pneumonie														
Toux ou rhume														
Diarrhée avec signe de danger														
Diarrhée simple														
Fièvre avec signe de danger														
Paludisme simple														
Etat nutritionnel avec signe de danger														
En bon état nutritionnel														
CONCORDANCE ENTRE AGE/POIDS ET LA DOSE DES MEDICAMENTS														
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
COTRIMOXAZOLE														
ZINC														
SRO														
ACT / ODY TAZO MOKA														
PARACETAMOL														
VISITE DE SUIVI DU MALADE RECOMMANDEE														
Effectuée ?														
CONCORDANCE ENTRE EVALUATION, CLASSIFICATION ET TRAITEMENT LORS DU SUIVI														
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Motif du retour														
Evolution de la maladie														
Vérification de la prise de médicaments														
Evaluation de l'évolution de la maladie de l'enfant														
Evaluation en cas de nouveau motif														

(OBSERVATIONS, NOM, SIGNATURE DU SUPERVISEUR ET DATE AU VERSO)