

FICHE DE SUIVI DES ASC**IDENTIFICATION DE L'ASC :**

Nom et Prénom : Sexe : M/F Date de la visite :
 Nombre d'années d'expérience : ans Niveau d'instruction :
 Date de la formation en PCIME – C :/...../200 Case de santé de :
 Population totale couverte : Nombre de villages : Population des enfants de < 5ans :

ITEMS	Oui	Non	Observations
<p>ETAT DES LOCAUX</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de salles 2. Propreté des salles 3. Existence de source d'eau potable <p>REVUE DU REGISTRE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toutes les affections sont enregistrées dans le registre (IRA, Paludisme, Diarrhée et malnutrition) 2. registre est il bien tenu ? <p>SUIVI DE SOINS</p> <p>Les cas sont revenus :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pneumonie au 3^{ème} jour b. Paludisme au 3^{ème} jour c. Diarrhée au 3^{ème} jour d. Malnutrition au 7^{ème} jour <p>CONSULTATION</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Total des consultations l'année précédente 4. Total des enfants de – 5ans vus l'année précédente <p>CAS REFERES</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Total des patients référés l'année précédente 6. Total enfants de – 5ans référés l'année précédente 7. Le (s) cas a t – il été contre – référé par le Chef CSI ? 8. L'ASC sait il calculer la CMM du médicament consommé ? 9. L'ASC sait il classer le poids/taille ? <p>ACTIVITES DE SUIVI/SUPERVISION</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Le Chef CSI a rendu visite à l'ASC au cours du mois dernier ? 11. L'ASC a reçu une autre visite au cours du mois dernier de (précisez.....) 12. Le Chef CSI ou le Visiteur vous a t – il fait un feed back de la visite ? 13. Nombre de visite de supervision au cours des 6 derniers mois. <p>ENTRETIEN AVEC LA MERE A LA SORTIE APRES CONSULTATION</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. A-t-on expliqué à la mère la nature de la maladie? 15. A-t-on expliqué comment on donne les médicaments (dose, fréquence et durée) ? 16. L'ASC vous a-t-il un rendez de suivi ? 17. L'ASC vous a-t-il dit quand revenir immédiatement ? 18. Etes vous satisfaite de la visite ? 			

DISPONIBILITES DU MATERIEL ET INTRANTS

1. Matériel technique	Disponible		Non disponible		Observations
Thermomètre					
Chronomètre/Timer					
Balance					
Toise					
Mètre ruban/MUAC					
2. Supports (outils de gestion)	Disponible		Non disponible		Observations
Manuel de prise en charge					
Registre de consultations					
Fiches de gestion de stock					
Fiches d'inventaire					
Registre d'utilisation des médicaments et consommables					
Bon de commande et livraison					
Fiches individuelles de PEC					
Fiches de référence et contre référence					
Table de Poids /Taille					
Journal de recettes et des dépenses					
3. Médicaments	Quantité disponible en unité		Rupture > 7 jours dans les 3 mois précédents : Oui ou non		Observations
Paracétamol					
Cotrimoxazole					
Amoxicilline					
Coartem					
SRO					
Zinc comprimé					
Mébéndazole					
Vitamine A					
Rangement des médicaments	Très Bien	Bien	Assez Bien	Mauvais	

DEGRE D'APPLICATION DE LA DEMARCHE PCIME COMMUNAUTAIRE

Appréciation du processus de prise en charge	TB	B	AB	M	Observations
1. Accueil					
2. Communication de l'ASC avec la mère					
3. Application de la démarche de systématisation					
La recherche des signes généraux de danger					
La recherche de la toux ou difficultés respiratoires					
La recherche de l'existence de la Diarrhée					
La recherche de la présence de Fièvre					
L'évaluation de l'état nutritionnel de l'enfant					
La vérification du statut vaccinal					
La vérification de la supplémentation en Vitamine A					
4. Traitement	TB	B	AB	M	Observations
Reconnaissance des cas à référer (références)					
Prescription correcte des médicaments (dose, fréquence et durée)					
Appréciation de la compréhension de la mère /accompagnant sur la conduite du traitement à domicile					
5. Conseils	TB	B	AB	M	Observations
Conditions pour quand revenir immédiatement					
Visite de retour (suivi)					
Alimentation de l'enfant					

Evaluation des actions de la santé maternelle :

1. Existe-t-il les activités de consultations prénatales par l'ASC ? OUI, qui d'autre fait la CPN ?
2. Existe-t-il une salle d'accouchement au niveau de la case ?Est-elle exploitée ?
Qui assistent les accouchements ?..... Combien d'accouchements par mois ?.....
3. L'ASC est-il au courant et / ou en contact avec les matrones de son aire de santé ? Si Oui, combien de matrones sont recensées ?..... Combien sont formées ? Sur quelles thématiques ?.....

Problèmes majeurs évoqués par l'ASC :**Recommandations :**

Relatives à la disponibilité du matériel et intrants :

Relatives à l'esprit de systématisation dans la prise en charge de l'enfant :

Relatives à la tenue des supports :

Autres :

**EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES ASC FORMES EN PCIME
COMMUNAUTAIRE**

Examens des 10 fiches individuelles de PEC par cases visités

Vérifiez les éléments suivants :

Eléments à vérifier	Numéro des fiches									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Signes Généraux de Danger										
Principaux symptômes (Toux, Diarrhée, Fièvre)										
Etat Nutritionnel										
Vitamine A										
Vaccination										
Classification										
Traitement										
Conseils										

Cocher par Oui (O) ou par Non (N)

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES MERES

Eléments à vérifier	Mères				
	1	2	3	4	5
1. La mère connaît au moins 2 signes de danger					
2. La mère comprend le mode d'administration du médicament prescrit					
3. La mère a respecté les rendez vous de suivi					

Cocher par Oui (O) ou par Non (N)