

<b>OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE</b>							
<b>IDENTIFICATION DE LA FORMATION SANITAIRE</b>							
Nom de la FOSA _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">CODE FOSA .....</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TYPE FOSA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>STATUT FOSA.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>	CODE FOSA .....	<input type="text"/>	TYPE FOSA .....	<input type="text"/>	STATUT FOSA.....	<input type="text"/>
CODE FOSA .....		<input type="text"/>					
TYPE FOSA .....		<input type="text"/>					
STATUT FOSA.....		<input type="text"/>					
Localisation de la FOSA _____							
Code de la FOSA .....							
Type de FOSA: (1 = Hôpital de référence; 2 = Hôpital de district; 3= Centre de santé; 4=Dispensaire; 6= Autre _____)							
Statut de la FOSA (1= Public; 2 = Agrée; 3 = Privé; 96 = Autre _____)							
<b>INFORMATION AGENT DE SANTE /ENFANT MALADE</b>							
Fonction de l'agent de santé: (1 = Médecin Spécialiste ; 2 = Médecin Généraliste ; 3=Infirmier A1 ; 4=Infirmier A2 ; 5=Infirmier A3 ; 7 = Auxiliaire de Santé; 96=Autre _____)	FONCTION AGENT DE SANTÉ..... <input type="text"/>						
Sexe de l'agent de santé: (1 = FÉMININ 2 = MASCULIN).....	SEXE DE L'AGENT DE SANTÉ..... <input type="text"/>						
Code de l'agent de santé	CODE DE L'AGENT DE SANTÉ..... <input type="text"/>						
Code de l'enfant .....	CODE DE L'ENFANT .....						
Sexe de l'enfant malade: (1 = FÉMININ 2 = MASCULIN)	SEXE DE L'ENFANT MALADE .....						
Age de l'enfant	AGE EN MOIS .....						
<b>INFORMATION SUR L'INTERVIEW</b>							
Date : _____	JOUR..... <input type="text"/>						
Nom de l'enquêteur _____	MOIS..... <input type="text"/>						
	ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Heure de début de l'interview :	CODE ENQUETEUR..... <input type="text"/>						
	HEURE..... <input type="text"/>						
	MINUTES..... <input type="text"/>						

**Observation de la consultation de l'enfant malade**

100 **AGENT ENQUÊTEUR:** OBTENEZ LA PERMISSION DE LA PERSONNE QUI ACCOMPAGNE L'ENFANT MALADE AINSI QUE CELLE DE L'AGENT DE SANTÉ AVANT DE COMMENCER L'OBSERVATION. SOYEZ AUSSI DISCRET QUE POSSIBLE ET, EN AUCUNE MANIÈRE, NE PRENEZ PART A LA CONVERSATION. ASSUREZ-VOUS QUE L'AGENT DE SANTÉ SAIT QUE VOUS N'ÊTES PAS LA POUR L'ÉVALUER ET QUE VOUS N'ÊTES PAS UN EXPERT A CONSULTER DURANT LA VISITE. ESSAYEZ DE VOUS ASSEoir DERRIÈRE LE PATIENT, MAIS SANS FAIRE FACE DIRECTEMENT A L'AGENT DE SANTÉ. POUR CHACUNE DES QUESTIONS LISTÉES CI-DESSOUS, ENCECERLEZ LA RÉPONSE QUI REFLÈTE LE PLUS FIDÈLEMENT POSSIBLE VOTRE ÉVALUATION DE CE QUI S'EST PASSÉ DURANT CES DIALOGUES.

À LIRE À L'AGENT DE SANTÉ : Bonjour. Je représente le Ministère de la Santé. Nous réalisons une enquête sur les établissements de santé qui fournissent des services aux femmes et aux enfants dans le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais assister à la consultation de cette femme en tant qu'observateur, pour savoir comment est fourni un service de santé dans ce pays. Ces informations sont complètement confidentielles. Vous pouvez, si vous le souhaitez, arrêter cette interview à n'importe quel moment. Puis-je rester pour observer la consultation?

DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR  
(Indique que le consentement de l'agent a été demandé)

100a	PERMISSION ACCORDÉE PAR L'AGENT DE SANTÉ	OUI ..... 1 NON ..... 2
------	--	----------------------------

→ FIN

À LIRE À LA PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT: Bonjour. Je représente le Ministère de la Santé. Nous réalisons une enquête sur les établissements de santé qui fournissent des services aux femmes et aux enfants dans le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais assister à la consultation, en tant qu'observateur, pour savoir comment est fourni un service de santé dans ce pays. Ces informations sont complètement confidentielles et n'affecteront pas la qualité des soins que vous allez recevoir maintenant et dans le futur. Après la consultation, mon collègue souhaiterait parler avec vous de votre expérience ici. Vous pouvez me dire d'arrêter l'observation à n'importe quel moment. Puis-je rester?

DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L' ENQUÊTEUR  
(Indique que le consentement de l'accompagnante a été demandé)

100b	PERMISSION ACCORDÉE PAR LA PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT MALADE	OUI ..... 1 NON ..... 2
------	---	----------------------------

→ FIN

**1. Interaction entre l'agent de santé et la personne qui s'occupe de l'enfant malade**

NO	QUESTIONS	CODES		
		OUI	NON	NSP
101	Est-ce que l'agent de santé a posé des questions sur ou est-ce que l'accompagnatrice a mentionné l'information suivante:			
	A) TOUX OU DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES?	1	2	8
	B) DIARRHÉE?	1	2	8
	C) FIÈVE/CORPS CHAUD?	1	2	8
102	Est-ce que l'agent de santé a posé des questions sur ou est-ce que la personne accompagnatrice a mentionné si l'enfant:			
	A) EST INCAPABLE DE BOIRE OU DE TETER?	1	2	8
	B) VOMIT TOUT?	1	2	8
	C) A EU DES CONVULSIONS DURANT CETTE MALADIE?	1	2	8
103	Est-ce que l'agent de santé procède <u>à l'examen</u> ?			
	A) PREND LA TEMPERATURE DE L'ENFANT AVEC LA MAIN?			
	B) PREND LA TEMPERATURE DE L'ENFANT EN UTILISANT UN THERMOMETRE?	1	2	8
	C) COMPTE RYTHME RESPIRATOIRE?	1	2	8
	D) PINCE LA PEAU DE L'ABDOMEN?	1	2	8
	E) CHERCHE PALEUR DES PAUMES?	1	2	8
	F) VERIFIE PALEUR DE LA CONJONCTIVE OU BOUCHE?	1	2	8
	G) PESE L'ENFANT ?	1	2	8
	H) EST-CE QUE LE POIDS DE L'ENFANT EST REPRESENTÉ SUR UN GRAPHIQUE?	1	2	8
104	SI A CETTE FOSA ON DONNE LES SERVICES SUIVANTS AVANT LA CONSULTATION ET SI AUJOURD'HUI VOUS POUVEZ VERIFIER QUE CE <b>SYSTEME FONCTIONNE</b> , ENCERCLER "1" SI NON, ENCERCLER "2".			
	A) ON PESE L'ENFANT	1	2	8
	B) ON PREND LA TEMPERATURE	1	2	8
105	EST-CE QUE L'AGENT DE SANTÉ A REGARDÉ LE CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT AVANT OU DURANT LA CONSULTATION?	OUI.....1	NON.....2	NSP.....8
106	Est-ce que l'agent de santé pose d'autres questions ou effectue d'autres évaluations de la santé de l'enfant?	OUI	NON	NSP
	A) OBSERVÉ L'ENFANT EN TRAIN DE BOIRE OU DE TETER?	1	2	8
	B) POSE DES QUESTIONS SUR L'ALLAITEMENT DE L'ENFANT DURANT LA MALADIE?	1	2	8
	C) POSE DES QUESTIONS SUR LA NOURRITURE COMPLEMENTAIRE DE L'ENFANT PENDANT LA MALADIE?	1	2	8
	D) CONSULTE LE CARNET DE VACCINATIONS OU POSE DES QUESTIONS A LA PERSONNE ACCOMPAGNATRICE SUR LES VACCINS DE L'ENFANT?	1	2	8

NO	QUESTIONS	CODES		
		1	2	8
	E) MENTIONNE LE POIDS DE L'ENFANT OU COMMENTE LE GRAPHIQUE DE LA COURBE DE CROISSANCE DE L'ENFANT AVEC L'ACCOMPAGNATRICE?	1	2	8
107	Est-ce que l'agent de santé a:	OUI	NON	NSP
	A) EXPLIQUE A L'ACCOMPAGNATRICE LA NECESSITE DE DONNER PLUS DE LIQUIDES?	1	2	8
	B) EXPLIQUE A L'ACCOMPAGNATRICE LA NECESSITE DE CONTINUER A DONNER DE LA NOURRITURE A L'ENFANT OU DE L'ALLAITER A LA MAISON?	1	2	8
	C) COMMUNIQUÉ A LA PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT LE DIAGNOSTIC?	1	2	8
	D) DÉCRIT LES SIGNES ET LES SYMPTÔMES A L'APPARITION DESQUELS IL FAUT RAMENER L'ENFANT EN CONSULTATION?	1	2	8
108	Est-ce que l'agent de santé a prescrit ou donné des médicaments au cours de cette consultation? Si oui, est-ce que l'agent de santé a :	1	2 → 109	8 → 109
	A) EXPLIQUÉ COMMENT ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS ORAUX?	1	2	8
	B) DONNE LES PREMIERES DOSES DES MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE?	1	2	8
109	Est-ce que l'agent de santé a utilisé une boîte d'images durant cette consultation pour donner des conseils d'éducation en matière de santé?	1	2	8
110	SI À CETTE FOSA ON DONNE LES CONSEILS SUIVANTS AVANT LA CONSULTATION ET AUJOURD'HUI VOUS POUVEZ VÉRIFIER QUE CE <b>SYSTEME FONCTIONNE</b> , ENCERCLER "1". SI NON, ENCERCLE "2".			
	A) EFFECTUE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (AVANT OU APRÈS LA CONSULTATION)	1	2	8
	B) UN AUTRE AGENT DE SANTÉ OU PHARMACIEN DONNE LES CONSEILS POUR LES MÉDICAMENTS, APRÈS LA CONSULTATION.	1	2	8
111	Est-ce que l'agent de santé a inscrit quelque chose dans le carnet de consultation ou dans le registre des patients?	OUI.....1 NON.....2 IL N'Y A PAS DE CARNET OU REGISTRE.....3 NE SAIT PAS.....8		
112	RÉSULTAT DE LA CONSULTATION: EST-CE QUE L'ENFANT EST:	ENVOYÉ POUR TEST OU POUR PRENDRE MÉDICAMENT AILLEURS DANS LA FOSA.....1 ENVOYÉ À LA MAISON.....2 REFÈRE À UN AUTRE AGENT DANS LA MÊME FOSA POUR CONSULTATION.....3 HOSPITALISÉ DANS LA FOSA.....4 ENVOYÉ À UNE AUTRE FOSA.....5 NSP.....8		

NO.	QUESTIONS	MADALITES ET CODES	ALLER A.				
113	MARQUER L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION	HEURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					

## 2. Classification et Traitement

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
	L'INFORMATION SUIVANTE DOIT ETRE OBTENUE AUPRES DE L'AGENT DE SANTÉ APRES LA CONSULTATION. L'INFORMATION CONCERNE LA CLASSIFICATION OU DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE L'ENFANT ET DES TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES ET CONSEILS DONNÉS PAR L'AGENT DE SANTÉ.		
201a	QUEL EST LE DIAGNOSTIC DE L'AGENT DE SANTÉ EN CE QUI CONCERNE LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES/TOUX DE L'ENFANT?  (ENTOURER TOUT CE QUI S'APPLIQUE)  SI L'ENFANT N'A PAS DE DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES/TOUX SELON L'AGENT DE SANTÉ, ENTOURER LE CODE "Y".	PNEUMONIE GRAVE ..... A PNEUMONIE..... B TOUX SEULEMENT ..... C OUI DIFFICULTÉS RESPIRATOIRE MAIS IL NE SAIT PAS CLASSIFIER . W AUTRE _____ .. X (PRECISER)  PAS DE TOUX/DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ..... Y	→ 202
201b	QU'EST-CE QUE L'AGENT DE SANTÉ ADMINISTRE OU PRESCRIT CONTRE LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES/ <u>TOUX</u> DE L'ENFANT?  ENTOURER TOUT CE QUI S'APPLIQUE	ENVOI IMMÉDIATMENT AILLEURS ..... A  INJECTION ANTIBIOTIQUE ..... B COMPRIMÉS/SIROP ANTIBIOTIQUE ..... C AUTRE MÉDICAMENT DONNE PAR VOIE ORALE _____ . W (PRECISER) AUTRE _____ ... X (PRECISER) RIEN ..... Y	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
202a	<p>QUEL EST LE DIAGNOSTIC DE L'AGENT DE SANTÉ EN CE QUI CONCERNE <u>LA DIARRHÉE OU DESHYDRATATION</u> DE L'ENFANT?</p> <p>ENTOURER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>	<p><b>DIARRHÉE</b>  DIARRHÉE GRAVE PERSISTANTE.. A  DIARRHÉE PERSISTANTE ..... B  DYSENTERIE ..... C  OUI DIARRHÉE MAIS  NE SAIT PAS CLASSIFIER..... W  AUTRE.....X  (PRECISER)  PAS DE DIARRHÉE ..... Y</p> <p><b>DESHYDRATATION</b>  DESHYDRATATION GRAVE ..... A  DESHYDRATATION LÉGÈRE ..... B  OUI DESHYDRATION MAIS  NE SAIT PAS CLASSIFIER..... W  AUTRE..... X  (PRECISER)  PAS DE DESYDRATATION ..... Y</p>	
202b	<p>SI L'ENFANT N'A PAS EU DE DIARRHÉE SELON L'AGENT DE SANTÉ, ENTOURER LE CODE "Y".</p> <p>ENTOURER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>		
202c	<p>QU'EST-CE QUE L'AGENT DE SANTÉ ADMINISTRE OU PRESCRIT CONTRE LA <u>DIARRHÉE/DESHYDRATATION</u>?</p> <p>ENTOURER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>	<p>ENVOI IMMÉDIAT AILLEURS..... A  INJECTION ANTIBIOTIQUE..... B  COMPRIMÉS/SIROP  ANTIBIOTIQUE..... C  SRO/SOLUTION MAISON..... D  4 HEURES EN CLINIQUE ..... E  PERFUSION LIQUIDES ..... F  ENVOI AILLEURS..... G  CONSEILS  NOURRITURE/ALLAITEMENT ..... H  AUTRE.....X  (PRECISER)  RIEN..... Y</p>	→203

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
203a	<p>QUEL EST LE DIGNOSTIC DE L'AGENT DE SANTÉ EN CE QUI CONCERNE <u>LA FIÈVRE</u> DE L'ENFANT?</p> <p>ENTOURER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p> <p>SI L'ENFANT N'A PAS EU DE FIÈVRE SELON L'AGENT DE SANTÉ. ENTOURER LE CODE "Y".</p>	<p>ÉTAT FÉBRILE TRÈS GRAVE ..... A</p> <p>PALUDISME..... B</p> <p>FIÈVRE, MAIS NE PENSE PAS LE PALUDISME ..... C</p> <p>FIÈVRE, PAS DE PALUDISME ..... D</p> <p>ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS GRAVES ..... E</p> <p>ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS DES YEUX OU DE LA BOUCHE ..... F</p> <p>ROUGEOLE SIMPLE..... G</p> <p>OUI FIÈVRE MAIS NE SAIT PAS CLASSIFIER ..... W</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PAS DE FIÈVRE ..... Y</p>	<p>→204</p>
203b	<p>QU'EST-CE QUE L'AGENT DE SANTÉ ADMINISTRE OU PRESCRIT CONTRE LA <u>FIÈVRE</u>?</p> <p>ENTOURER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>	<p>ENVOI IMMÉDIAT AILLEURS ..... A</p> <p>INJECTION ANTIBIOTIQUE ..... B</p> <p>COMPRIMÉS/SIROP ANTIBIOTIQUE C</p> <p>INJECTION ANTIPALUDÉENNE..... D</p> <p>COMPRIMÉS/SIROP ANTIPALUDÉENS ..... E</p> <p>PARACETAMOL/ASPIRINE ..... F</p> <p>AUTRE INJECTION: ..... W (PRECISER)</p> <p>AUTRE ..... X (PRECISER)</p> <p>RIEN..... Y</p>	
204	<p>EST-CE QUE L'AGENT DE SANTÉ VACCINE L'ENFANT OU L'ENVOIE AILLEURS POUR ETRE VACCINÉ?</p>	<p>AGENT DE SANTÉ A VACCINÉ ..... 1</p> <p>AGENT DE SANTÉ A REFERE AILLEURS DANS LA FOSA..... 2</p> <p>PAS D'ACTIVITÉS DE VACCINATION 3</p>	
205	<p>MARQUER L'HEURE DE FIN DE L'INTERVIEW</p>	<p>HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	