



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

 **BASICS**

TOOLKIT POUR LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

FICHE DE PRISE EN CHARGE



U.S. Agency for International Development
Bureau for Global Health
Office of Health, Infectious
Diseases and Nutrition
Ronald Reagan Building
1300 Pennsylvania Ave., NW
Washington, D.C. 20523
Tel: (202) 712-0000
Email: globalhealth@phnip.com
www.usaid.gov/our_work/global_health

BASICS
4245 N. Fairfax Dr., Suite 850
Arlington, VA 22203
Tel: (703) 312-6800
Fax: (703) 312-6900
Email: basics@basics.org
www.basics.org

Ce document a été réalisé grâce au soutien du Directeur de la Santé Globale de l'Agence américaine pour le Développement International.

USAID/BASICS est un projet d'échelle mondiale qui a pour but de fournir de l'assistance technique aux pays en voie de développement afin de réduire la mortalité infanto-juvénile. USAID/BASICS est financé par l'Agence américaine pour le Développement International et mis en oeuvre par le Partnership for Child Health Care, Inc., dans le cadre du contrat N° GHA-I-00-04-00002-00. Le Partnership for Child Health Care, Inc. est constitué de l'Academy for Educational Development, John Snow, Inc., et Management Sciences for Health. Il est également appuyé par le Manoff Group, Inc., PATH, et Save the Children Federation, Inc.

Le présent document se figure parmi neuf éléments dans le Toolkit pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire du projet USAID/BASICS :

Manuels et Guides

- Guide de mise en œuvre
- Guide des Formateurs
- Manuel d'Exercices
- Manuel du Relais
- Guide de communications
- Manuel de l'Encadreur

Outils

- Fiche de prise en charge
- Fiche de Suivi Individuel
- Fiche de Dépouillement

L'Adaptation de ce toolkit pour la République Démocratique du Congo a été réalisée grâce à une franche collaboration en USAID/BASICS, le Ministère de la Santé en RD Congo, UNICEF, OMS, GTZ, IRC et Management Sciences for Health.

DATE :/...../.....

NOM DU RELAIS DE SITE.....

ZONE DE SANTE DE : CENTRE DE SANTE DE SITE DE :

1. IDENTIFICATION

Noms Nom de la mère..... Adresse.....

Sexe M F Age PoidsKg... Statut nutritionnel de l'enfant Vert Jaune Rouge

2. PLAINTES (cocher NON ou OUI)

Depuis combien de Jours

Traitement reçu à domicile

Fièvre..... NON OUI jours
 Diarrhée..... NON OUI jours
 Toux ou Rhume... NON OUI jours

SPECIFIER pour les autres plaintes.....

3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE (REFERER si OUI)

DEMANDER, RECHERCHER	cocher	NON	OUI	DEMANDER, RECHERCHER	cocher	NON	OUI
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	Respiration difficile avec tirage ou sifflement	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	L'enfant est très affaibli	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	<input type="checkbox"/>	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI

4	FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours)	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	(cocher)	
	à REFERER si :	- Fièvre qui continue après 2 jours de traitement à domicile avec Artésunate + Amodiaquine et Paracétamol, (ou SP + paracétamol en l'absence de Art + AQ)	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	FIEVRE à REFERER
		- ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
	FIEVRE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents,	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	PALUDISME

5	DIARRHEE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus)	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	(cocher)	
	à REFERER si :	- Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	DIARRHEE à REFERER
		- Sang dans les selles, ou	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
		- Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
	DIARRHEE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	DIARRHEE simple

6	TOUX ou RHUME	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	(cocher)	
		Mvts respiratoires= Nbre par Minute (Ecrivez)			
	La RESPIRATION est RAPIDE	- 50 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de moins de 1 an	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	PNEUMONIE
		- 40 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de 1 an et plus	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
	La RESPIRATION est NORMALE	- moins de 50 Mvts respiratoires chez l'enfant de moins de 1 an	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	TOUX ou RHUME
		- moins de 40 Mvts respiratoires chez l'enfant de 1 an et plus	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	

7	MALNUTRITION (les points 7, 8,9 sont à rechercher chez tout enfant)				
	MALNUTRITION SÉVÈRE à référer	- Amaigrissement visible et sévère,	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	MALNUTRIT° Sévère
		- ou Œdèmes aux membres inférieurs.	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
	MALNUTRITION légère Ou Enfant à risque	Poids faible pour l'âge :	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	MALNUTRITION LEGERE ou Enf à Risqué
		- Dans la bande JAUNE, ou	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
		- poids stationnaire ou qui baisse après 3 pesées successives	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
	PAS DE MALNUTRITION	- Poids normal (Zone VERTE),	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	PAS de MALNUTRITION
		- pas de signes de malnutrition	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	

8.	STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A	CARTE CPS VUE.	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	(cocher)
		- L'enfant a-t'il un problème avec les pesées	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Rattrapage NON OUI
		- L'enfant a-t'il un problème avec la vaccination	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Rattrapage NON OUI
		- L'enfant a-t'il un problème avec la Vit A	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Rattrapage NON OUI
9	AUTRE PROBLEME	TOUT AUTRE PROBLEME (à référer)			AUTRE:Référez <input type="checkbox"/>

10.	CAS REFERE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE
	• Si l'enfant peut téter ou boire, continuer à téter en route (ou lait exprimé à la tasse) ou donner de l'eau sucrée si enfant sevré			• SI FIEVRE : Paracétamol (1/2 Co à moins de 3 ans, 3/4 Co enf 3-5 ans) + bain à l'eau ordinaire ou enveloppement humide de la tête en cas de forte fièvre.
	• NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud			• SI DIARRHEE : donner fréquemment des gorgées de SRO avec la tasse, (même si allaitement exclusif)
				NB:REPLIR LA FICHE DE REFERENCE ET REFERER

11. TRAITEMENT

<p>TRAITEMENT DE LA FIEVRE/PALUDISME</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) ANTI PALUDIQUÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf 2-6 mois : QUININE gttés 20%(1 gtté/kg de poids, 3 fois par jour, pdt 7 jours) • Enf 7-11 mois : Art 1/2 Co + AQ 1/2 Co, pdt 3 jrs (TOT 1 1/2 Co Art + 1 1/2 Co AQ) • Enf 12-59 mois : Art 1 Co + AQ 1 Co, pdt 3 jrs <p>Remarque : En cas d'absence d'ART+AQ , donner la SP selon la posologie suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf 2-11 mois : SP 1/2 Co à dose unique, 1 seul jour • Enf. 1-2 ans: SP 3/4 Co à dose unique, 1 seul jour. • Enf. 3-5 ans: SP 1 Co à dose unique, 1 seul jour <p>b) Paracétamol Co 500 mg: (4 fois/jour).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf de moins de 3 an : 1/2 Co, pdt 2 jours (TOT 4 Co) • Enf plus de 3 ans , 3/4 Co, pdt 2 jours (TOT 6 Co) <p>2) Conseils : Voir CARTE 1</p> <p>3) RDV après 2 jours</p>	<p>TRAITEMENT DE LA DIARRHEE</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) SRO (au moins 2 sachets) ou autres liquides recommandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1/2 verre de SRO à chaque selle: Enfant < 2 ans • 1 verre de SRO à chaque selle: Enf.2 ans et plus (Si Vomissement: attendre 10 min. puis redonner) <p>b) Mébendazole : ou 1 Co de 100 mg 2 fois par jour pdt 3 jours (TOT 6 Co) (ou 1 Co 500 mg dose unique dès âge de 1 an)</p> <p>c) Zinc Co pdt 10 jours, à raison de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1/2 Co 20 mg, enf de moins de 6 mois (TOT : 5 Co) • 1 Co 20 mg, enf de 6 mois et plus (TOT : 10 Co) <p>2) Conseils : Voir CARTE 2</p> <p>3) RDV après 2 jours</p>
<p>TRAITEMENT DE PNEUMONIE ET DE TOUX/RHUME</p> <p>1) PNEUMONIE :</p> <p>a) COTRIMOXAZOLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf 2 mois-6 mois: 1/4 Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 2 1/2) • Enf 6 mois-3 ans: 1/2 Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 5 Co) • Enf 3 ans –5 ans: 1 Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 10 Co) <p>b) Remède contre la toux : Jus de citron (dilué) ou miel</p> <p>c) Si fièvre : Voir traitement de Paludisme.</p> <p>2) TOUX OU RHUME SIMPLES :</p> <p>a) Remède contre la toux (Jus de citron ou miel dilué)</p> <p>b) Si fièvre : Voir traitement de Paludisme.</p> <p>3) Conseils : Voir CARTE 3</p> <p>4) RDV après 2 Jours</p>	<p>PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION LEGERE</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) Mébendazole : 1 Co de 100 mg 2 fois par jour pdt 3 jrs (TOT 6 Co) (ou 1 Co 500 mg dose unique dès âge de 1 an)</p> <p>b) Fer 1 Comprimé par jour pendant 1 mois (TOT 30 Co)</p> <p>2) Conseils : Voir CARTE 4</p> <p>3) RDV après 2 Jours pour vérifier l'application des conseils donnés, puis RDV après 7 jours</p>

12. RATTRAPAGE (Voir Statut vaccinal & CPS & Vit A, et conseils pour rattrapage si nécessaire)

Dans tous les cas, encourager la mère à poursuivre les pesées, la vaccination et la supplémentation en Vit A au CS

13 VISITE DE SUIVI EFFECTUEE? NON OUI

INSTRUCTIONS POUR LE RDV DE SUIVI.

<p>A POSSIBILITE n°1:</p> <p>La mère de l'enfant est revenue <input type="checkbox"/></p> <p>Cocher si:</p> <p>a. Revenue selon le RDV fixé <input type="checkbox"/></p> <p>b. Revenue immédiatement suite à l'aggravation de la santé de l'enfant <input type="checkbox"/></p>	<p>POSSIBILITE n°2:</p> <p>La mère n'est pas revenue <input type="checkbox"/></p> <p>Cocher pourquoi elle n'est pas revenue:</p> <p>a. Consultation de tradi-praticien ou traitement traditionnel <input type="checkbox"/></p> <p>b. Manque d'argent <input type="checkbox"/></p> <p>c. Enfant amélioré <input type="checkbox"/></p> <p>d. Activités de mère: vendeuse, champs, travail, maladies en famille. <input type="checkbox"/></p> <p>e. décès <input type="checkbox"/></p> <p>f. autres causes: <input type="checkbox"/></p>																																																
<p>B L'ETAT DE L'ENFANT EST-IL AGGRAVE ? (Demander à la mère) <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI (cocher) SI OUI, REFERER</p>																																																	
<p>C L'ENFANT A-T'IL UNE NOUVELLE PLAINTÉ ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> SI OUI, PRENDRE UNE NOUVELLE FICHE</p>																																																	
<p>D RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER et d'ALERTE REFERER SI PRESENCE D'UN SEUL SIGNE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NON</th> <th>OUI</th> <th></th> <th>NON</th> <th>OUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• L'enfant incapable de boire ou de téter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Fièvre qui persiste malgré traitement</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• A convulsé ou convulse maintenant</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Signes de déshydratation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Inconscient ou très affaibli</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Sang dans les selles,</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Respiration difficile(tirage ou sifflement)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Pâleur palmaire (anémie)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• ou autre phénomène anormal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant devient plus malade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			NON	OUI		NON	OUI	• L'enfant incapable de boire ou de téter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Fièvre qui persiste malgré traitement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Signes de déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Inconscient ou très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Sang dans les selles,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Respiration difficile(tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Pâleur palmaire (anémie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• ou autre phénomène anormal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• L'enfant devient plus malade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
	NON	OUI		NON	OUI																																												
• L'enfant incapable de boire ou de téter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Fièvre qui persiste malgré traitement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Signes de déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• Inconscient ou très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Sang dans les selles,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• Respiration difficile(tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• Pâleur palmaire (anémie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• ou autre phénomène anormal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• L'enfant devient plus malade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																															
<p>E SI L'ENFANT AVAIT TOUX OU RHUME, Nbre de Mvts Resp/minute <input type="checkbox"/> Respiration rapide ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> REFERER SI OUI</p>																																																	
<p>F VERIFIER SI L'ENFANT A RECU SES MEDICAMENTS COMME PRESCRIT. A reçu sa dose ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>• Vérifier la quantité restante des médicaments dans le sachet de la mère.</p>																																																	
<p>G CONSEILLER DE CONTINUER LE TRAITEMENT DE L'ENFANT</p> <p>• Demander à la mère de rappeler comment elle a administré les médicaments (revoir les «3 COMBIENS »)</p> <p>• Si la mère a bien administré les médicaments, FELICITER ET ENCOURAGER A CONTINUER</p> <p>• Si la mère a mal administré les médicaments, démontrer la dispensation (revoir les « 3 COMBIENS ») puis demandez-lui de répéter et d'administrer une dose en votre présence. Vérifiez sa compréhension.</p>																																																	