



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

 **BASICS**

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

## MANUEL D'EXERCICES



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](mailto:globalhealth@phnip.com)  
[www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health](http://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](mailto:basics@basics.org)  
[www.basics.org](http://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 oeuvre
- 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.

# MANUEL D'EXERCICE

## SITE DES SOINS COMMUNAUTAIRES

### Partie 1

#### ACCEUIL ET EXAMEN SYSTEMATIQUE DE L'ENFANT DE 0-5 ANS MALADE

##### Exercice 1.

Remplissez la fiche ci-après avec les données suivantes:

En date du 25 novembre 2005, nous sommes au site de KAVUAYA, dépendant du CS de LUIILA, dans la Zone de santé de MASA.

Le Relais reçoit le 30ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle MUTOMBO, et sa mère s'appelle PELAGIE.

L'enfant est de sexe féminin, âgé de 1an½.

A la pesée, son poids donne 15 kilos.

Il habite le village de Kavuya même.

Sa mère dit que l'enfant souffre de la fièvre et de la diarrhée depuis 2 jours, et sa mère lui a donné la SP et le paracétamol, et l'enfant est toujours malade.

COMPLÉTER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE JUSQUE AUX PLAINTES.

##### Exercice 2.

REMPLEISSEZ LA FICHE CI-APRES AVEC LES DONNEES SUIVANTES:

En date du 28 Décembre 2004, nous sommes au site de KIONGO, Centre de santé LOLO, Zone de santé KIOTO.

Le Relais reçoit le 25ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle KUSI, de sexe Masculin, âgé de 17 mois. Sa mère se nomme SISA.

A la pesée, son poids donne 15 kilo300.

Il habite le village de Kalume.

Sa mère dit que l'enfant souffre de la Toux et et ne veut pas manger depuis 5 jours, et sa mère lui a donné le vermax à la maison.

##### Exercice 3.

REMPLEISSEZ LA FICHE CI-APRES AVEC LES DONNEES SUIVANTES:

En date du 27 Septembre 2005, nous sommes au site de LUNDA, dans l'Aire de santé de DALU, Zone de santé de DALU..

Le Relais reçoit le 15ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle MATATA, de sexe Masculin, âgé de 3an½, et sa mère se somme MATESI.

A la pesée, son poids donne 17 kg200.

Il habite le village de Kaluta.

Sa mère dit que l'enfant ne fait que pleurer depuis 2 jours, et la mère ne comprend pas pourquoi.

<b>MINISTERE DE LA SANTE</b>		N° FICHE :.....
DATE :..../.... /..... NOM DU RELAIS.....		
SITE DE :.....CS :.....ZS : .....		
<b>1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT</b>		
Noms .....		Nom la mère.....
Adresse.....		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age : <input type="text"/>	...
Poids <input type="text"/> Kg.....	Statut nutrit. de l'enf	<input checked="" type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge
<b>2. PLAINTES(cocher NON OUI)</b>		
	Depuis combien de Jours	Traitement reçu à domicile
Fièvre..... <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/> jours.....	.....
Diarrhée... <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/> jours .....	.....
Toux ..... <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/> jours.....	.....
Spécifier autres.....		

<b>MINISTERE DE LA SANTE</b>		N° FICHE :.....
DATE :..../.... /..... NOM DU RELAIS.....		
SITE DE :.....CS :.....ZS : .....		
<b>1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT</b>		
Noms .....		Nom la mère.....
Adresse.....		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age : <input type="text"/>	...
Poids <input type="text"/> Kg.....	Statut nutrit. de l'enf	<input checked="" type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge
<b>2. PLAINTES(cocher NON OUI)</b>		
	Depuis combien de Jours	Traitement reçu à domicile
Fièvre..... <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/> jours.....	.....
Diarrhée... <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/> jours .....	.....
Toux ..... <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/> jours.....	.....
Spécifier autres.....		

<b>MINISTERE DE LA SANTE</b>		N° FICHE :.....
DATE :..../.... /..... NOM DU RELAIS.....		
SITE DE :.....CS :.....ZS : .....		
<b>1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT</b>		
Noms .....		Nom la mère.....
Adresse.....		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age : <input type="text"/>	...
Poids <input type="text"/> Kg.....	Statut nutrit. de l'enf	<input checked="" type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge
<b>2. PLAINTES(cocher NON OUI)</b>		
	Depuis combien de Jours	Traitement reçu à domicile
Fièvre..... <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/> jours.....	.....
Diarrhée... <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/> jours .....	.....
Toux ..... <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/> jours.....	.....
Spécifier autres.....		

**Partie 2**  
**RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE CHEZ L'ENFANT DE 0-5 ANS**

ENTOUREZ le signe de danger présent. COCHEZ ensuite OUI ou NON pour les signes de danger ou d'alerte, et répondez si cet enfant doit-il être référé ? OUI ou NON.

**Exercice 1.**

L'enfant BIANCO a 2 mois. Il présente depuis 2 jours la fièvre et les sécrétions nasales qui lui collent le nez. Sa mère ne lui a rien donné comme médicament à la maison. Il tète, mais il vomit 1 heure après la tétée.

**Après avoir rempli sa fiche, encerclé et dit si OUI ou NON le signe de danger/alerte est présent, Répondez à la fin, l'enfant devra-t'il être référé ? OUI ou NON.**

Noms .....

2. PLAINTES (cocher) Depuis combien de Jours Traitement reçu à domicile

Fièvre..... jours .....

Diarrhée..... jours .....

Toux ..... jours .....

Spécifier Autres.....

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

DEMANDER, RECHERCHER	NON	OUI	DEMANDER, RECHERCHER	NON	OUI
Nourrisson 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration difficile (tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfant très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant inconscient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfant plus malade malgré les soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Exercice 2.**

L'enfant LOLA a 1 mois½. Il ne présente ni fièvre ni autre plainte, mais la mère remarque qu'il tète peu. Il commence bien à téter, mais après quelques temps, il abandonne le sein. Cela fait 2 jours, et la mère s'inquiète, parce que son enfant s'affaiblit.

**Après avoir rempli sa fiche, encerclé et dit si OUI ou NON le signe de danger/alerte est présent, Répondez à la fin, l'enfant devra-t'il être référé ? OUI ou NON.**

Noms .....

2. PLAINTES (cocher) Depuis combien de Jours Traitement reçu à domicile

Fièvre..... jours .....

Diarrhée..... jours .....

Toux ..... jours .....

Spécifier Autres.....

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

DEMANDER, RECHERCHER	NON	OUI	DEMANDER, RECHERCHER	NON	OUI
Nourrisson 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration difficile (tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfant très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant inconscient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfant plus malade malgré les soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Exercice 3.

L'enfant BIOT présente les signes suivants :

- Quand on lui donne de l'eau, Il n'y a pas de mouvement de déglutition à la gorge, l'eau tombe sans être avalé.
- Sa mère dit qu'il a eu des contractions de tout le corps hier.
- Maintenant, quand on lui tapote, il ne nous regarde pas, ses yeux regardent droit devant.
- Quand il respire, son thorax s'enfonce régulièrement à la base et au-dessus du thorax, et ses ailes du nez sont en train de battre pendant qu'il respire.

**Après avoir rempli sa fiche , encerclé et dit si OUI ou NON le signe de danger/alerte est présent, Répondez à la fin, l' enfant devra-t'il être référé ? OUI ou NON.**

### Exercice 4.

L'enfant DILANDOS a 4 ans. Il marche seul et est très courageux. Il ne veut même pas que sa mère le transporte. Mais comme il est turbulent, sa mère le tient par la main, et ils viennent voir le relais au site.

Bonjour Dilandos ! dit le relais au petit.

Bonjour Papa, répond-il.

Y-a-t'il un problème ? s' étonne le Relais en voyant venir la mère avec un enfant aussi robuste.

La mère répond : la nuit, cet enfant m'a fait peur, il avait le regard tourné en l'air et ne répondait pas au tapotage que je lui faisais. Ce matin, il a déjà vomi 5 fois, surtout quand je lui donne du thé.

Le Relais est embarrassé. Que doit-il dire à la mère pour une enfant aussi fort ?

**Après avoir rempli sa fiche , encerclé et dit si OUI ou NON le signe de danger/alerte est présent, Répondez à la fin, l' enfant devra-t'il être référé ? OUI ou NON.**

Noms .....					
<b>2. PLAINTES (cocher) Depuis combien de Jours Traitement reçu à domicile</b>					
Fièvre.....		jours .....			
Diarrhée.....		jours .....			
Toux .....		jours .....			
Spécifier Autres.....					
<b>3. RECHERCHER SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE ( REFERER si OUI )</b>					
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>
Nourrisson 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration difficile (tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfant très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant inconscient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfant plus malade malgré les soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Noms .....					
<b>2. PLAINTES (cocher) Depuis combien de Jours Traitement reçu à domicile</b>					
Fièvre.....		jours .....			
Diarrhée.....		jours .....			
Toux .....		jours .....			
Spécifier Autres.....					
<b>3. RECHERCHER SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE ( REFERER si OUI )</b>					
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>
Nourrisson 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration difficile (tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfant très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant inconscient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfant plus malade malgré les soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **B. CONSEILS POUR LES CAS À RÉFÉRER**

### **Exercice 1.**

L'enfant BODU doit être référé.

Il est âgé de 45 jours.

Le relais a noté les signes de danger et d'alerte ci-après:

- **Nourrisson 1 Sem à 2 mois amené au SITE**
- **A convulsé ou convulse maintenant**
- **Enfant inconscient ou très affaibli**

COCHER d'abord si l'enfant est A REFERER OUI ou NON,

Ensuite

ENTOUREZ les conseils et recommandations que le relais doit dire et faire avant de référer l'enfant.

<b>10. CAS REFERE</b>	<b>NON</b> <b>OUI</b>	<b>CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• <b>NOURRISSON</b> de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>SI FIEVRE</b> : Paracétamol (<math>\frac{1}{2}</math> Co à moins de 3 ans, <math>\frac{3}{4}</math> Co enf 3-5 ans) + bain à l'eau ordinaire ou enveloppement humide de la tête en cas de forte fièvre.</li></ul>

### **Exercice 2.**

L'enfant KUKU doit être référé .

Il est âgé de 3 ans.

Il est venu pour la diarrhée et la fièvre. Le relais a noté chez lui les signes de danger et d'alerte ci-après:

- **A convulsé**
- **Enfant très affaibli**

COCHER d'abord si l'enfant est A REFERER OUI ou NON,

Ensuite

ENTOUREZ les conseils et recommandations que le relais doit dire et faire avant de référer l'enfant.

<b>10. CAS REFERE</b>	<b>NON</b> <b>OUI</b>	<b>CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• <b>NOURRISSON</b> de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>SI FIEVRE</b> : Paracétamol (<math>\frac{1}{2}</math> Co à moins de 3 ans, <math>\frac{3}{4}</math> Co enf 3-5 ans) + bain à l'eau ordinaire ou enveloppement humide de la tête en cas de forte fièvre.</li></ul>

### Exercice 3.

L'enfant KITAMBALA doit être référé .

Il est âgé de 8 mois.

Le relais a noté chez lui les signes de danger et d'alerte ci-après:

- **Convulse maintenant**
- **Enfant inconscient**

En plus de cela, quand il palpe le corps de l'enfant, il le trouve très chaud au toucher.

COCHER d'abord si l'enfant est A REFERER OUI ou NON,

Ensuite

ENTOUREZ les conseils et recommandations que le relais doit dire et faire avant de référer l'enfant.

10. CAS REFERE	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud</li></ul>		• SI FIEVRE : Paracétamol ( $\frac{1}{2}$ Co à moins de 3 ans, $\frac{3}{4}$ Co enf 3-5 ans) + bain à l'eau ordinaire ou enveloppement humide de la tête en cas de forte fièvre.
		• SI DIARRHEE : donner fréquemment des gorgées de SRO avec la tasse, (même si allaitement exclusif) NB:REEMPLIR LA FICHE DE REFERENCE ET REFERER

### Exercice 4.

L'enfant KOKODI est âgé de 1½ ans.

Il était venu hier au Site pour la diarrhée simple, et le relais lui avait donné le SRO à prendre à la maison.

Aujourd'hui, l'enfant est revenu plus malade, et il fait en plus de la fièvre.

Le relais a décidé de le référer au Centre de santé.

COCHER d'abord si l'enfant est A REFERER OUI ou NON,

Ensuite

ENTOUREZ les conseils et recommandations que le relais doit dire et faire avant de référer l'enfant.

10. CAS REFERE	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud</li></ul>		• SI FIEVRE : Paracétamol ( $\frac{1}{2}$ Co à moins de 3 ans, $\frac{3}{4}$ Co enf 3-5 ans) + bain à l'eau ordinaire ou enveloppement humide de la tête en cas de forte fièvre.

### Exercice 5 : Répondez à ces questions

1. Comment préparer l'eau sucrée à faire boire à l'enfant pendant la référence ?
2. Pourquoi faut-il bien couvrir l'enfant et le maintenir contre le corps de sa mère ?
3. pourquoi conseiller l'enveloppement humide seulement de la tête de l'enfant qui fait une forte fièvre, au lieu de tout son corps.
4. pourquoi, en cas de référence avec diarrhée, il est recommandé de continuer à donner le SRO en cours de route ?

**Partie 3-4.**

**EVALUER, CLASSER ET TRAITER LA FIEVRE, LA DIARRHEE CHEZ L'ENFANT DE 0-5 ANS**

**Exercice 1.** Remplissez la fiche ci-après avec les données suivantes:

En date du 25 novembre 2005, nous sommes au site de KAVUAYA.

Le Relais reçoit le 29ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle MUTOTO, de sexe féminin, âgé de 1an.

A la pesée, son poids donne 10 kilo.

Il habite le village de Kavuaya même.

Sa mère dit que l'enfant souffre de la fièvre et de la diarrhée depuis 3 jours, et sa mère lui a donné le paracétamol, et l'enfant est toujours malade.

Le Relais recherche les signes de danger ou d'alerte, et il ne constate aucun signe de danger ou d'alerte.

Il a palpé de sa main le corps de l'enfant: il est très chaud au toucher.

Il recherche les signes associés au chaud au toucher.

Il note seulement que la mère avait donné le paracétamol sans changement.

La mère dit que l'enfant fait 2 selles liquides par jour.

Les autres questions posées sur l'enfant n'indiquent rien.

COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. COCHER et CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. DITES S'IL EST A REFERER OUI ou NON.

<b>République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé</b>				
FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE.		N° FICHE.....		
DATE :...../...../.....		<b>NOM DU RELAIS DE SITE</b> .....		
ZONE DE SANTE DE :.....		CENTRE DE SANTE DE ..... SITE DE :.....		
<b>IDENTIFICATION</b>				
Noms .....		Nom de la mère..... Adresse.....		
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age	<input type="text"/>	
Poids	<input type="text"/> Kg...	Statut nutritionnel de l'enfant <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge		
<b>2. PLAINTES (cocher NON ou OUI)</b>				
	NON	OUI		
Depuis combien de Jours			Traitement reçu à domicile	
Fièvre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours	
Diarrhée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours	
Toux ou Rhume...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours	
SPECIFIER pour les autres plaintes.....				
<b>3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE (REFERER si OUI)</b>				
DEMANDER, RECHERCHER	cocher	NON	OUI	
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
DEMANDER, RECHERCHER	cocher	NON	OUI	
Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Respiration difficile avec tirage ou sifflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
L'enfant est très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>4 FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours) NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (cocher)</b>				
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) - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<b>FIEVRE à REFERER</b>
FIEVRE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents,	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	PALUDISME
<b>5 DIARRHEE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (cocher)</b>				
à REFERER si :	Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou - Sang dans les selles, ou - Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<b>DIARRHEE à REFERER</b>
DIARRHEE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	DIARRHEE simple

**Exercice 2. Remplissez la fiche ci-après avec les données suivantes:**

En date du 27 novembre 2005, nous sommes au site de KAVUAYA.

Le Relais reçoit le 35ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle MUTANDA, de sexe féminin, âgé de 20 MOIS.

A la pesée, son poids donne 12 kilo.

Il habite le village de Kavuya même.

Sa mère dit que l'enfant souffre de la fièvre et de la diarrhée depuis 2 semaines, et de temps en temps la fièvre revient. Sa mère lui a déjà donné la SP, le paracétamol, la SRO, mais l'enfant est toujours malade.

Le Relais recherche les signes de danger ou d'alerte, et il ne constate aucun signe de danger ou d'alerte.

Il a palpé de sa main le corps de l'enfant: il n'est pas chaud au toucher.

L'enfant n'a pas d'éruptions cutanées généralisées.

La mère dit que l'enfant fait 4-5 selles liquides par jour. Il n'a pas de sang dans les selles, il n'a pas de signes de déshydratation.

Les autres questions posées sur l'enfant n'indiquent rien.

COMPLÉTER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. COCHER et CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. DITES S'IL EST A REFERER OUI ou NON

**République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé**  
**FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE. N° FICHE.....**

DATE : ...../...../..... **NOM DU RELAIS DE SITE.....**  
 ZONE DE SANTE DE : ..... CENTRE DE SANTE DE ..... SITE DE : .....

**IDENTIFICATION**  
 Noms ..... Nom de la mère..... Adresse.....  
 Sexe  M  F Age ..... Poids .....Kg... 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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours	.....
Toux ou Rhume...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....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  OUI (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) - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> FIEVRE à REFERER
FIEVRE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents,	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> PALUDISME

**5 DIARRHEE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus)**  NON  OUI (cocher)

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

### Exercice 3.

Remplissez la fiche ci-après avec les données suivantes:

En date du 25 novembre 2005, nous sommes au site de KAVUAYA.

Le Relais reçoit le 29ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle MUTOTO, de sexe féminin, âgé de 1an.

Il habite le village de Kavuya même.

A la pesée, son poids donne 10 kilo.

Sa mère dit que l'enfant souffre de la fièvre et de la diarrhée depuis 3 jours, et sa mère lui a donné le paracétamol, et l'enfant est toujours malade.

Le Relais recherche les signes de danger ou d'alerte, et il ne constate aucun signe de danger ou d'alerte.

Il a palpé de sa main le corps de l'enfant: il est très chaud au toucher.

La mère a dit qu'elle avait donné le paracétamol sans changement.

La mère dit que l'enfant fait 2 selles liquides par jour.

Les autres questions posées sur l'enfant n'indiquent rien.

COMPLÉTER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. COCHER et CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. DITES S'IL EST A REFERER OUI ou NON

République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé			
FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE.		N° FICHE.....	
DATE :...../...../.....		<b>NOM DU RELAIS DE SITE</b> .....	
ZONE DE SANTE DE :.....		CENTRE DE SANTE DE .....	SITE DE :.....
<b>IDENTIFICATION</b>			
Noms .....		Nom de la mère..... Adresse.....	
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age <input type="text"/>	Poids <input type="text"/> Kg... Statut nutritionnel de l'enfant <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge
<b>2. PLAINTES</b> (cocher NON ou OUI)			
	NON	OUI	Depuis combien de Jours
Fièvre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours
Diarrhée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours
Toux ou Rhume...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours
SPECIFIER pour les autres plaintes.....			
<b>3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER</b> ou d'ALERTE ( <b>REFERER si OUI</b> )			
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	cocher	NON	OUI
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	cocher	NON	OUI
Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respiration difficile avec tirage ou sifflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>4 FIEVRE</b> (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (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) - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIEVRE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FIEVRE à REFERER</b>			
<b>5 DIARRHEE</b> (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (cocher)			
à REFERER si :	Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou - Sang dans les selles, ou - Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARRHEE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DIARRHEE à REFERER</b>			
<b>DIARRHEE simple</b>			

### Exercice 4.

Remplissez la fiche ci-après avec les données suivantes:

En date du 24 Décembre 2004, nous sommes au site de KIONGO.

Le Relais reçoit le 23ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle KASI, de sexe Masculin, âgé de 18 mois. . Il habite le village de Kalume

A la pesée, son poids donne 12 kilo300.

Sa mère dit que l'enfant souffre de la Diarrhée et ne veut pas manger depuis 5 jours, et sa mère lui a donné le vermax à la maison.

Le relais recherche les signes de danger ou d'alerte. Il dit à la mère de le mettre au sein, l'enfant prend le lait maternel. Pour les autres signes de danger ou d'alerte, il ne trouve rien.

Il a palpé de sa main le corps de l'enfant: il le trouve chaud au toucher. Il recherche d'autres signes pour la fièvre, il ne trouve pas.

La mère dit que l'enfant a fait les selles liquides hier. Combien de fois, demande-t'il? La mère répond: 5 fois. La mère dit que la diarrhée est assez abondante.

Les autres investigations ne montrent rien pour l'enfant.

COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. COCHER et CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. DITES S'IL EST A REFERER OUI ou NON

République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé			
FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE.		N° FICHE.....	
DATE : ...../...../.....		<b>NOM DU RELAIS DE SITE</b> .....	
ZONE DE SANTE DE : .....		CENTRE DE SANTE DE .....	SITE DE : .....
<b>IDENTIFICATION</b>			
Noms .....		Nom de la mère..... Adresse.....	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age .....	Poids .....Kg...	Statut nutritionnel de l'enfant <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge
<b>2. PLAINTES (cocher NON ou OUI)</b>			
	NON	OUI	Depuis combien de Jours
Fièvre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours
Diarrhée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours
Toux ou Rhume...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours
			Traitement reçu à domicile
SPECIFIER pour les autres plaintes.....			
<b>3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE (REFERER si OUI)</b>			
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	cocher	NON	OUI
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	cocher	NON	OUI
Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respiration difficile avec tirage ou sifflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>4 FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (cocher)</b>			
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) - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIEVRE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DIARRHEE</b> (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (cocher)			
à REFERER si :	Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou - Sang dans les selles, ou - Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARRHEE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Exercice 5.

Remplissez la fiche ci-après avec les données suivantes:

En date du 24 Septembre 2005, nous sommes au site de LUNDA.

Le Relais reçoit le 25ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle MATA, de sexe Masculin, âgé de 3an½. Il habite le village de Kaluta.

A la pesée, son poids donne 17 kg200.

Sa mère dit que l'enfant ne fait que pleurer depuis 2 jours, et la mère ne comprend pas pourquoi.

Le relais recherche les signes de danger ou d'alerte. Il présente une mangue à l'enfant; celui-ci prend et mange un peu, puis il laisse. L'enfant ne vomit pas. Il n'a pas convulsé. Il est bien coloré. Sa respiration est normale. Il ne tousse pas. Sa santé est généralement bonne.

Le Relais a palpé de sa main le corps de l'enfant: il est chaud au toucher. Il n'a pas d'autres signes qui accompagnent le chaud au toucher.

La mère a dit que l'enfant n'a pas la diarrhée. Mais elle ajoute qu'elle a vu du sang dans les selles de l'enfant il y a 2 jours.

Toutes les autres investigations ne montrent rien de particulier.

COMPLÉTER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. COCHER et CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. DITES S'IL EST A REFERER OUI ou NON

République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé			
FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE.		N° FICHE.....	
DATE :...../..... /.....		<b>NOM DU RELAIS DE SITE</b> .....	
ZONE DE SANTE DE :.....		CENTRE DE SANTE DE .....	SITE DE :.....
<b>IDENTIFICATION</b>			
Noms .....		Nom de la mère..... Adresse.....	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age <input type="text"/>	Poids <input type="text"/> Kg	Statut nutritionnel de l'enfant <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge
<b>2. PLAINTES (cocher NON ou OUI)</b>			
	NON	OUI	Depuis combien de Jours
Fièvre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours
Diarrhée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours
Toux ou Rhume...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....jours
SPECIFIER pour les autres plaintes.....			
<b>3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE (REFERER si OUI)</b>			
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	cocher	NON	OUI
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	cocher	NON	OUI
Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respiration difficile avec tirage ou sifflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>4 FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours)</b> <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (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) - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<b>FIEVRE à REFERER</b>
FIEVRE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents,	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	PALUDISME
<b>5 DIARRHEE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus)</b> <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (cocher)			
à REFERER si :	Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou - Sang dans les selles, ou - Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<b>DIARRHEE à REFERER</b>
DIARRHEE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	DIARRHEE simple

## Exercice 6.

Comment prendrez-vous en charge cet enfant de 2 ans qui présente les signes suivants ?

- Fièvre et diarrhée depuis 3 jours.
- Il ne mange pas, mais se contente du lait maternel.
- Ses mains sont blanches.
- Il présente des éruptions cutanées généralisées.
- Il a du sang dans les selles.
- Il n'a pas autres choses en plus de cela.

COMPLÉTER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. COCHER et CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. DITES S'IL EST A REFERER OUI ou NON

République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé			
FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE.		N° FICHE.....	
DATE : ...../...../.....		<b>NOM DU RELAIS DE SITE</b> .....	
ZONE DE SANTE DE : .....		CENTRE DE SANTE DE ..... SITE DE : .....	
<b>IDENTIFICATION</b>			
Noms .....		Nom de la mère..... Adresse.....	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age <input type="text"/>	Poids <input type="text"/> Kg...	Statut nutritionnel de l'enfant <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge
<b>2. PLAINTES (cocher NON ou OUI)</b>			
		Depuis combien de Jours	Traitement reçu à domicile
Fièvre.....	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	.....jours	.....
Diarrhée.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....jours	.....
Toux ou Rhume...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....jours	.....
SPECIFIER pour les autres plaintes.....			
<b>3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE (REFERER si OUI)</b>			
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	cocher	NON	OUI
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>DEMANDER, RECHERCHER</b>	cocher	NON	OUI
Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respiration difficile avec tirage ou sifflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>4 FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours) NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (cocher)</b>			
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) - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
		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"/>
<b>FIEVRE à REFERER</b>			
<b>5 DIARRHEE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (cocher)</b>			
à REFERER si :	Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou - Sang dans les selles, ou - Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
		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"/>
<b>DIARRHEE à REFERER</b>			
<b>DIARRHEE simple</b>			

## Exercice 7.

Comment prendrez-vous en charge cet enfant de 3 ans qui présente les signes suivants ?

- Il est très affaibli. Il n'a pas de fièvre.
- Il a fait seulement une forte diarrhée hier, mais qui s'est arrêté depuis ce matin.
- Il mange quand même. Sa mère l'a amené seulement parce que l'enfant est très affaibli.
- Il n'a pas autres choses en plus de cela

COMPLÉTER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. COCHER et CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. DITES S'IL EST A REFERER OUI ou NON

République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé			
FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE.		N° FICHE.....	
DATE :...../...../.....		<b>NOM DU RELAIS DE SITE</b> .....	
ZONE DE SANTE DE :.....		CENTRE DE SANTE DE .....	SITE DE :.....
<b>IDENTIFICATION</b>			
Noms .....		Nom de la mère..... Adresse.....	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age .....	Poids .....Kg...	Statut nutritionnel de l'enfant <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge
<b>2. PLAINTES (cocher NON ou OUI)</b>			
	Depuis combien de Jours	Traitement reçu à domicile	
Fièvre.....	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	.....jours	
Diarrhée.....	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	.....jours	
Toux ou Rhume...	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	.....jours	
SPECIFIER pour les autres plaintes.....			
<b>3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE (REFERER si OUI)</b>			
DEMANDER, RECHERCHER		cocher	NON OUI
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI		
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<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		
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<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 inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI		
DEMANDER, RECHERCHER		cocher	NON OUI
Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI		
Respiration difficile avec tirage ou sifflement	<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 est souvent malade	<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 devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	<input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI		
<b>4 FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (cocher)</b>			
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) - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> FIEVRE à REFERER
FIEVRE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents,	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> PALUDISME
<b>5 DIARRHEE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (cocher)</b>			
à REFERER si :	Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou - Sang dans les selles, ou - Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> DIARRHEE à REFERER
DIARRHEE à traiter au site	Tous les problèmes ci-haut sont absents	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> DIARRHEE simple

**B. TRAITEMENT DE FIEVRE ET DE DIARRHEE AU SITE  
(cas simples et graves)**

**Exercice 1.**

Si le relais a *décidé* de référer au CS cet enfant qui présente les signes ci-après:

- Fièvre et diarrhée depuis 3 jours.
- Il ne mange pas, mais se contente du lait maternel .
- Il a l'anémie.
- Il a des éruptions cutanées généralisées.
- Il a du sang dans les selles.

D'abord, COCHER OUI ou NON SI CET ENFANT DOIT ETRE REFERE

**QUE DONNERA-T'IL A L'ENFANT ET DIRA A LA MERE DE FAIRE PENDANT LA REFERENCE.**

<b>10. CAS REFERE</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<b>CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI DIARRHEE : donner fréquemment des gorgées de SRO avec la tasse, (même si allaitement exclusif)</li> </ul>
		<b>NB:REEMPLIR LA FICHE DE REFERENCE ET REFERER</b>

**Exercice 2**

Le relais a *décidé* de référer au CS cet enfant qui présente les signes ci-après:

- Il est très affaibli.
- Il a de la fièvre.
- Il a fait une forte diarrhée hier et ce matin.

D'abord, COCHER OUI ou NON SI CET ENFANT DOIT ETRE REFERE

**QUE DONNERA-T'IL A L'ENFANT ET DIRA A LA MERE DE FAIRE PENDANT LA REFERENCE**

<b>10. CAS REFERE</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<b>CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI DIARRHEE : donner fréquemment des gorgées de SRO avec la tasse, (même si allaitement exclusif)</li> </ul>
		<b>NB:REEMPLIR LA FICHE DE REFERENCE ET REFERER</b>

**Exercice 3.**

QUEL TRAITEMENT DONNERA-T'IL A L'ENFANT ET DIRA A LA MERE DE FAIRE PENDANT LA REFERENCE dans le cas d'un enfant de 5 mois allaité au sein et qui présente le tableau ci-après:

- Très affaibli.
- très chaud au toucher.
- Diarrhée.

D'abord, COCHER OUI ou NON SI CET ENFANT DOIT ETRE REFERE, ensuite compléter pour ce qui doit être donné à l'enfant

<b>10. CAS REFERE</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<b>CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI DIARRHEE : donner fréquemment des gorgées de SRO avec la tasse, (même si allaitement exclusif)</li> </ul>
		<b>NB:REEMPLIR LA FICHE DE REFERENCE ET REFERER</b>

#### Exercice 4.

Le Relais du site veut soigner cet enfant de 4 ans pour Diarrhée simple.

Quel médicaments donnera-t'il (et comment: quantité, combien de fois par jour) ?  
Et quels conseils donnera-t'il à sa mère ?

ENTOUREZ LES REPONSES SUR LA FICHE DE TRAITEMENT ET LA LISTE DES CONSEILS EN BAS

#### Exercice 5.

Le Relais du site veut soigner cet enfant de 5 mois pour fièvre/paludisme.

Quel médicaments donnera-t'il (et comment: quantité, combien de fois par jour) ?  
Et quels conseils donnera-t'il à sa mère ?

ENTOUREZ LES REPONSES SUR LA FICHE DE TRAITEMENT ET LA LISTE DES CONSEILS EN BAS

#### TRAITEMENT DE LA FIEVRE/PALUDISME

##### 1) Médicaments

###### a) ANTI PALUDIQUÉ :

- Enf 2-6 mois : QUININE gtttes 20%(1 gttte/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

**Remarque :** En cas d'absence d'ART+AQ , donner la SP selon la posologie suivante :

- 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

###### b) Paracétamol Co 500 mg: (4 fois/jour).

- 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)

###### 2) Conseils : Voir CARTE 1

###### 3) RDV après 2 jours

#### TRAITEMENT DE LA DIARRHEE

##### 1) Médicaments

###### a) SRO (au moins 2 sachets) ou autres liquides recommandés:

- 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)

###### 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)

###### c) Zinc Co pdt 10 jours, à raison de :

- 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)

###### 2) Conseils : Voir CARTE 2

###### 3) RDV après 2 jours

#### TRAITEMENT DE FIEVRE/PALUDISME

##### conseils à donner à la mère

###### a) RDV après 2 jours . (REFERER si pas changement).

###### b) Quand revenir IMMEDIATEMENT

L' Enfant devient plus malade , ou d'autres signes anormaux apparaissent

###### REFERER ,

- s'il revient immédiatement,
- ou s'il revient avant 1 mois pour la meme maladie

###### c) Les 3 règles de traitement à domicile: (1).Continuer alimentation , (2).Augmenter les liquides , (3) Quand revenir immédiatement.

###### d) PRATIQUES-CLES : MII et Allaitement exclusif.

#### TRAITEMENT DE LA DIARRHEE AU SITE.

##### conseils à donner à la mère

###### a) RDV après 1 jour et 5 jours.

###### b) QUAND REVENIR IMMEDIATEMENT (voir ci-haut)

L' Enfant devient plus malade , ou d'autres signes anormaux apparaissent

###### REFERER ,

- s'il revient immédiatement,
- ou s'il revient avant 1 mois pour la meme maladie

###### c) Les 3 règles de traitement à domicile

###### d) PRATIQUES-CLES: Lavage mains et Allaitement exclusif

###### e) AUTRES CONSEILS de prévention de la diarrhée :

- Couvrir les aliments et les manger chauds.
- Boire de l'eau potable.

###### f) Autres liquides recommandés: eau de riz , bouillie ,etc

### Exercice 6.

Le relais du site veut soigner cet enfant de 1 mois 1/2 qui présente une diarrhée simple.

Quel médicaments donnera-t'il (et comment: quantité, combien de fois par jour) ?  
Et quels conseils donnera-t'il à sa mère ?

ENTOUREZ LES REPONSES SUR LA FICHE DE TRAITEMENT QUI EST EN BAS

### Exercice 7.

Le Relais du site veut soigner cet enfant de 5 mois qui fait la diarrhée et la fièvre.

Quel médicaments donnera-t'il (et comment: quantité, combien de fois par jour) ?  
Et quels conseils donnera-t'il à sa mère ?

ENTOUREZ LES REPONSES SUR LA FICHE DE TRAITEMENT QUI EST EN BAS

#### TRAITEMENT DE LA FIEVRE/PALUDISME

##### 1) Médicaments

###### a) ANTI PALUDIQUÉ :

- Enf 2-6 mois : QUININE gtttes 20%(1 gttte/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

**Remarque :** En cas d'absence d'ART+AQ, donner la SP selon la posologie suivante :

- 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

###### b) Paracétamol Co 500 mg: (4 fois/jour).

- 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)

###### 2) Conseils : Voir CARTE 1

###### 3) RDV après 2 jours

#### TRAITEMENT DE LA DIARRHEE

##### 1) Médicaments

###### a) SRO (au moins 2 sachets) ou autres liquides recommandés:

- 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)

###### 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)

###### c) Zinc Co pdt 10 jours, à raison de :

- 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)

###### 2) Conseils : Voir CARTE 2

###### 3) RDV après 2 jours

#### TRAITEMENT DE FIEVRE/PALUDISME

##### conseils à donner à la mère

###### a) RDV après 2 jours . (REFERER si pas changement).

###### b) Quand revenir IMMEDIATEMENT

L' Enfant devient plus malade , ou d'autres signes anormaux apparaissent

###### REFERER ,

- s'il revient immédiatement,
- ou s'il revient avant 1 mois pour la meme maladie

###### c) Les 3 règles de traitement à domicile: (1).Continuer alimentation , (2).Augmenter les liquides , (3) Quand revenir immédiatement.

###### d) PRATIQUES-CLES : MII et Allaitement exclusif.

#### TRAITEMENT DE LA DIARRHEE AU SITE.

##### conseils à donner à la mère

###### a) RDV après 1 jour et 5 jours.

###### b) QUAND REVENIR IMMEDIATEMENT (voir ci-haut)

L' Enfant devient plus malade , ou d'autres signes anormaux apparaissent

###### REFERER ,

- s'il revient immédiatement,
- ou s'il revient avant 1 mois pour la meme maladie

###### c) Les 3 règles de traitement à domicile

###### d) PRATIQUES-CLES: Lavage mains et Allaitement exclusif

###### e) AUTRES CONSEILS de prévention de la diarrhée :

- Couvrir les aliments et les manger chauds.
- Boire de l'eau potable.

###### f) Autres liquides recommandés: eau de riz , bouillie ,etc

**C. EXERCICES DE SYNTHÈSE .  
PRISE EN CHARGE DE FIEVRE ET DIARRHEE au Site communautaire.**

**(Remplir la fiche de prise en charge des cas à la page suivante)**

<p><b>Exercice 1.</b> En date du 28 Septembre 2004, au site de LUTU, le Relais reçoit le 35ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle METIA, garçon, âgé de 3ans½. pesant 17 kg800 et habitant le village de KIOYO.</p> <p>Sa mère dit que l'enfant n'a fait que pleurer toute la nuit, et a fait les selles liquides la nuit.</p> <p>Le relais recherche les signes de danger ou d'alerte. Il ne trouve rien. A l'examen, l'enfant est chaud au toucher, sans autres signes qui accompagnent le chaud au toucher.</p> <p>Pour la diarrhée, l'enfant a fait 2 fois les selles liquides la nuit, avant de venir ce matin au Site, sans autres signes.</p> <p>Indiquez la conduite à tenir par le relais du Site.</p> <p>COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. REFERER OU TRAITER AU SITE SELON LE CAS.</p>	<p><b>Exercice 2.</b> En date du 30 Septembre 2004, toujours au site de LUTU, le Relais reçoit le 37ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle LILOBA, de sexe Féminin, il accomplira 2 mois demain. L'enfant a pesé 5 kg, Il habite le village de KIOYO.</p> <p>Sa mère dit que l'enfant fait un peu de diarrhée et de fièvre depuis 2 jours, sans autres signes ou problèmes. Elle a donné la SP et le paracétamol il y a 2 jours sans changement.</p> <p>Indiquez la conduite à tenir par le relais du Site.</p> <p>COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. REFERER OU TRAITER AU SITE SELON LE CAS.</p>
<p><b>Exercice 3.</b> Le 2 octobre 2004, au site de LUTU, le Relais reçoit le 3ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle MBONA, garçon, âgé de 3an½. pesant 17 kg800 et habitant le village de KIOYO.</p> <p>Il a des épisodes de diarrhées tous les 2 à 3 mois. Cette fois-ci, il a fait des selles teintées de sang il y a 3 jours passés. Et, ces 2 derniers jours, ses selles ont été normales. Ce matin, il a fait un peu de fièvre; c'est pourquoi sa mère l'amène au site pour lui trouver le Paracétamol contre cette petite fièvre passagère, dit elle.</p> <p>Tous les signes de l'enfant MBONA sont résumés dans cette description ci-haut.</p> <p>Indiquez la conduite à tenir par le relais du Site.</p> <p>COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. REFERER OU TRAITER AU SITE SELON LE CAS.</p>	<p><b>Exercice 4.</b> Juste après le départ de l'enfant MBONA, quand le Relais veut sortir pour aller aux champs, il est interpellé par une mère pour son enfant de 7 mois qui convulse. La mère accourt en pleurant. le Relais s'arrête. Il palpe l'enfant, et le trouve très chaud, avec beaucoup de sueurs, respirant très rapidement. Il demande à sa mère de le laver rapidement avec l'eau qui se trouvait sur un bassin à côté. Pendant que le Relais remplissait la fiche, les convulsions se sont arrêtées. Et l'enfant a ouvert les yeux, il a pleuré, et sa mère l'a fait téter.</p> <p>La recherche des autres signes par le Relais n'a rien rapporté.</p> <p>Indiquez la conduite à tenir par le relais du Site.</p> <p>COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE. ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS. CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT. REFERER OU TRAITER AU SITE SELON LE CAS.</p>

**Partie 6.**  
**EVALUER, CLASSER ET TRAITER L'ENFANT PRESENTANT LA TOUX ou RHUME**

1. Répondez. Quel est le seuil de respiration rapide chez l'enfant âgé de :
  - 3 mois. Réponse=.....
  - 2 ans. Réponse=.....
  - 7 mois. Réponse=.....
  - 12 mois. Réponse=.....
  - 6 ans. Réponse=.....
2. Répondez par OUI ou NON si la respiration est rapide
  - enfant de 2 mois, 52 mouvements respiratoires par minute : Réponse=.....
  - enfant de 3 ans, 38 mouvements respiratoires par minute Réponse=.....
  - enfant de 1 an, 40 mouvements respiratoires par minute Réponse=.....
  - enfant de 2 mois, 50 mouvements respiratoires par minute Réponse=.....
  - enfant de 5 ans, 42 mouvements respiratoires par minute Réponse=.....
3. Pour les exercices a, b, c, d, et e ci-dessous :
  - Ecrivez le chiffre de mouvement respiratoire des la case correspondante ci-bas.
  - Dites si la respiration est rapide ou normale.
  - Indiquer par une flèche par quelle route tu vas entrer (celle de respiration rapide ou celle de respiration normale).

**EXEMPLE**

**A. Enfants de 2 mois, 52 mouvements respiratoires par minute.**

<b>6</b>	<b>TOUX ou RHUME</b>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (cocher)					
		Mvts respiratoires= Nbre <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="52"/> par Minute (Ecrivez)					
	<b>La RESPIRATION est RAPIDE</b>	- 50 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de moins de 1 an - 40 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de 1 an et plus	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NON</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">OUI</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NON</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">OUI</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">PNEUMONIE</div>	NON	OUI	NON	OUI
NON	OUI						
NON	OUI						
	<b>La RESPIRATION est NORMALE</b>	- moins de 50 Mvts respiratoires chez l'enfant de moins de 1 an - moins de 40 Mvts respiratoires chez l'enfant de 1 an et plus	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NON</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">OUI</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NON</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">OUI</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">TOUX ou RHUME</div>	NON	OUI	NON	OUI
NON	OUI						
NON	OUI						

**Réponse : Respiration RAPIDE**

**B. Enfants de 3 ans, 38 mouvements respiratoires par minute**

<b>6</b>	<b>TOUX ou RHUME</b>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (cocher)					
		Mvts respiratoires= Nbre <input style="width: 40px;" type="text"/> par Minute (Ecrivez)					
	<b>La RESPIRATION est RAPIDE</b>	- 50 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de moins de 1 an - 40 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de 1 an et plus	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NON</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">OUI</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NON</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">OUI</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">PNEUMONIE</div>	NON	OUI	NON	OUI
NON	OUI						
NON	OUI						
	<b>La RESPIRATION est NORMALE</b>	- moins de 50 Mvts respiratoires chez l'enfant de moins de 1 an - moins de 40 Mvts respiratoires chez l'enfant de 1 an et plus	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NON</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">OUI</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NON</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">OUI</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">TOUX ou RHUME</div>	NON	OUI	NON	OUI
NON	OUI						
NON	OUI						

**Réponse : .....**

**C. Enfants de 1 an, 40 mouvements respiratoires par minute**

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

Réponse : .....

**D. Enfants de 2 mois, 50 mouvements respiratoires par minute**

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

Réponse : .....

**E. Enfants de 5 ans, 42 mouvements respiratoires par minute.**

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

Réponse : .....

**LE RELAIS A RECU DES ENFANTS PRESENTANT LA TOUX AU SITE.  
REPLISSEZ LA FICHES DE PRISE EN CHARGE DES CAS AU SITE POUR LES ENFANTS CI-APRES :**

### **Exercice 4**

Remplissez la fiche ci-après avec les données suivantes :

En date du 06 octobre 2006, nous sommes au site de KATWA.

Le relais reçoit le 8<sup>e</sup> enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle KILU, le sexe féminin, âgée de 2 ans ½. A la pesée, son poids donne 12 kg 300. il habite la village de NIZI.

Sa mère dit que l'enfant n'a fait que tousser toute la nuit, et la mère ne comprend pas pourquoi.

Le relais cherche les signes de danger et d'alerte, et il ne constate aucun signe de danger ni d'alerte.

L'enfant n'est pas chaud au toucher et la mère dit qu'elle ne fait pas la Diarrhée.

Le relais compte les mouvements respiratoires et obtient 48 mouvements par minute.

- Remplissez la fiche
- Entourez les signes présents
- Classez la maladie de l'enfant
- Traiter l'enfant.

### **Exercice 5**

Remplissez la fiche ci-après avec les données suivantes :

En date en Mai 2005, nous sommes au site de MIMIA.

Le relais reçoit le 17<sup>e</sup> enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle LIKAMBA, de sexe masculin, âgé de 3 ans et 8 mois.

A la pesée, son poids donne 15 kg 100.

Il habite le village de LOKAKO ;

Sa mère dit que l'enfant a un écoulement nasal depuis 2 jours et a toussé toute la nuit dernière.

Le relais cherche les signes de danger et d'alerte, et il ne constate aucun signe de danger ou d'alerte.

L'enfant n'est pas chaud au toucher et la mère dit qu'elle ne fait pas la diarrhée.

Le relais compte les mouvements respiratoires et obtient 36 mouvements par minute.

- Remplissez la fiche
- Entourez les signes présents
- Classez la maladie de l'enfant
- Traiter l'enfant.

### **Exercice 6**

Remplissez la fiche ci-après avec les données suivantes :

En date du 5 décembre 2006, nous sommes au site de NDUAMA. Le relais reçoit le 3<sup>e</sup> enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle KAVANDA, le sexe féminin, âgé de 8 mois.

A la pèse l'enfant et son poids donne 9 kgs.

Il habite le village BOSOBE

La mère dit que l'enfant à un écoulement nasal depuis 2 jours. Le relais cherche n'a trouvé aucun signe de danger ou d'alerte. L'enfant est chaud au toucher et la mère dit qu'elle a fait les selles liquides 2 fois hier.

Le relais compte les mouvements respiratoires et obtient 48 mouvements par minute.

- Remplissez la fiche
- Entourez les signes présents
- Classez la maladie de l'enfant
- Traiter l'enfant.

## **Exercice 7 :**

En date du 17 juillet 2007, le Relais reçoit le 16<sup>e</sup> enfant malade pour ce mois. Elle s'appelle LETETA, âgé de 7 mois et pèse 8 kg. Elle habite le village de BENGAMISA et sa mère s'appelle BENDEKA.

La mère dit que l'enfant tousse depuis 2 jours. Elle lui a donné le vermoz à la maison mais l'enfant ne fait que tousser. Elle n'a pas d'autres plaintes.

Le relais cherche les signes Généraux de danger ou d'alerte, et ne constate aucun signe de danger ou d'alerte.

L'enfant n'est pas chaud au toucher ne fait pas de diarrhée.

Le relais compte les mouvements respiratoires et obtient 56 mouvements par minute.

- Remplissez la fiche
- Entourez les signes présents
- Classez la maladie de l'enfant
- Traiter l'enfant.

**Partie 7.**

**EVALUER, CLASSER ET TRAITER LA MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ans AU SITE.**

**Exercice 1.**

L'enfant BIOTA, âgé de 3ans2 mois, a pesé 17 kg. Evaluer et classer son état nutritionnel

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

**Exercice 2.**

L'enfant BOLIA a 24 mois., il a pesé 8 kg. Ses jambes sont gonflées. Depuis les dernières pesées, son poids s'est maintenu autour de 8 kg. Evaluer et classer son état nutritionnel.

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

**Exercice 3.**

L'enfant BOYALI a 24 mois, il a pesé 8 kg500. Depuis les 3 dernières pesées, son poids a été successivement de 8 kg, 8 kg200, et 8kg500. Ses jambes ne sont pas gonflées. Evaluer et classer son état nutritionnel.

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

**Exercice 4.**

L'enfant TUTI a 15 mois, il pèse 12 Kg. Depuis les 3 dernières pesées, son poids a été successivement de 11kg, 118 kg500, et 12 kg. Ses jambes ne sont pas gonflées. Evaluer et classer son état nutritionnel.

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

**Exercice 5.**

L'enfant TONINO a 15 mois., il pèse 12 Kg. Depuis les 3 dernières pesées, son poids a été successivement de 10kg, 11 kg200, et 12 kg. Ses jambes sont gonflées. Evaluer et classer son état nutritionnel.

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

### Exercice 6.

Après avoir évalué et classé l'enfant BIOTA, âgé de 3ans2 mois, qui a pesé 17 kg ( voir exercice1),  
COMMENT PENSEZ-VOUS LE TRAITER OU CONSEILLER SA MERE ?

### Exercice 7.

Après avoir évalué et classé l'enfant BOLIA, 24 mois., qui a pesé 8 kg, avec des jambes gonflées, et dont le poids s'est maintenu autour de 8 kg depuis les dernières pesées, (voir exercice 2).  
COMMENT PENSEZ-VOUS LE TRAITER OU CONSEILLER SA MERE ?

### Exercice 8.

Après avoir évalué et classé l'enfant BOYALI, 24 mois, qui a pesé 8 kg500, et dont le poids a été successivement de 8 kg, 8 kg200, et 8kg500 aux 3 dernières pesées, les jambes non gonflées, (voir exercice 3),  
COMMENT PENSEZ-VOUS LE TRAITER OU CONSEILLER SA MERE ?

### Exercice 9.

Après avoir évalué et classé l'enfant TUTI, 15 mois, pesant 12 Kg, dont le poids a été successivement de 11kg, 118 kg500, et 12 kg aux 3 dernières pesées, les jambes non gonflées, (voir exercice 4),  
COMMENT PENSEZ-VOUS LE TRAITER OU CONSEILLER SA MERE ?

#### PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION LEGERE

**1**

##### 1) MEDICAMENTS

- Mébandazole : 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
  - Fer 1 Comprimé par jour pendant 1 mois (TOT 30 Co)
- 2) Conseils : Voir CARTE 4
- 3) RDV après 2 Jours pour vérifier l'application des conseils donnés.  
puis RDV après 7 jours

##### CONSEILS A DONNER A LA MERE

a) RDV après 7 jours

b) Quand revenir IMMEDIATEMENT

L' Enfant devient plus malade , ou d'autres signes anormaux apparaissent

**REFERER ,**

- s'il revient immédiatement,
- ou s'il revient avant 1 mois pour la même maladie

c) Les 3 règles de traitement à domicile :

d) PRATIQUES-CLES : CPS, PEV, Vit A.

#### PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION LEGERE

**2**

##### 1) MEDICAMENTS

- Mébandazole : 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
  - Fer 1 Comprimé par jour pendant 1 mois (TOT 30 Co)
- 2) Conseils : Voir CARTE 4
- 3) RDV après 2 Jours pour vérifier l'application des conseils donnés.  
puis RDV après 7 jours

##### CONSEILS A DONNER A LA MERE

a) RDV après 7 jours

b) Quand revenir IMMEDIATEMENT

L' Enfant devient plus malade , ou d'autres signes anormaux apparaissent

**REFERER ,**

- s'il revient immédiatement,
- ou s'il revient avant 1 mois pour la même maladie

c) Les 3 règles de traitement à domicile :

d) PRATIQUES-CLES : CPS, PEV, Vit A.

#### PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION LEGERE

**3**

##### 1) MEDICAMENTS

- Mébandazole : 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
  - Fer 1 Comprimé par jour pendant 1 mois (TOT 30 Co)
- 2) Conseils : Voir CARTE 4
- 3) RDV après 2 Jours pour vérifier l'application des conseils donnés.  
puis RDV après 7 jours

##### CONSEILS A DONNER A LA MERE

a) RDV après 7 jours

b) Quand revenir IMMEDIATEMENT

L' Enfant devient plus malade , ou d'autres signes anormaux apparaissent

**REFERER ,**

- s'il revient immédiatement,
- ou s'il revient avant 1 mois pour la même maladie

c) Les 3 règles de traitement à domicile :

d) PRATIQUES-CLES : CPS, PEV, Vit A.

#### PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION LEGERE

**4**

##### 1) MEDICAMENTS

- Mébandazole : 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
  - Fer 1 Comprimé par jour pendant 1 mois (TOT 30 Co)
- 2) Conseils : Voir CARTE 4
- 3) RDV après 2 Jours pour vérifier l'application des conseils donnés.  
puis RDV après 7 jours

##### CONSEILS A DONNER A LA MERE

a) RDV après 7 jours

b) Quand revenir IMMEDIATEMENT

L' Enfant devient plus malade , ou d'autres signes anormaux apparaissent

**REFERER ,**

- s'il revient immédiatement,
- ou s'il revient avant 1 mois pour la même maladie

c) Les 3 règles de traitement à domicile :

d) PRATIQUES-CLES : CPS, PEV, Vit A.

**EXERCICES DE SYNTHÈSE.**  
**PRISE EN CHARGE DE FIEVRE ET DIARRHEE ET MALNUTRITION**  
**au Site communautaire.**

**(Remplir la fiche de prise en charge des cas au site avec les cas suivants)**

<p><b>Exercice 1.</b>            En date du 28 Septembre 2004, au site de LUTU, le Relais reçoit le 35ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle METIA, garçon, âgé de 3an½. pesant 17 kg800 et habitant le village de KIOYO.</p> <p>Sa mère dit que l'enfant n'a fait que pleurer toute la nuit, et a fait les selles liquides la nuit.</p> <p>Le relais recherche les signes de danger ou d'alerte. Il ne trouve rien.            A l'examen, l'enfant est chaud au toucher, sans autres signes qui accompagnent le chaud au toucher.</p> <p>Pour la diarrhée, l'enfant a fait 2 fois les selles liquides la nuit, avant de venir ce matin au Site, sans autres signes.</p> <p>Pour la nutrition, il n'a pas présenté autre chose à part le poids connu ;</p> <p>COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE.            ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS.            CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT.            REFERER OU TRAITER AU SITE SELON LE CAS.</p>	<p><b>Exercice 2.</b>            En date du 30 Septembre 2004, toujours au site de LUTU, le Relais reçoit le 37ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle LILOBA, de sexe Féminin, il a 3 mois½.            L'enfant a pesé 3 kg, Il habite le village de KIOYO.</p> <p>Sa mère dit que l'enfant fait un peu de diarrhée et de fièvre depuis 2 jours, sans autres signes ou problèmes. Elle a donné la SP et le paracétamol il y a 2 jours sans changement.</p> <p>Considérez aussi le poids de l'enfant pour évaluer l'état nutritionnel.</p> <p>COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE.            ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS.            CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT.            REFERER OU TRAITER AU SITE SELON LE CAS.</p>
<p><b>Exercice 3.</b>            Le 2 octobre 2004, au site de LUTU, le Relais reçoit le 3ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle MBUYU, garçon, âgé de 3an½. pesant 11 kg800 et habitant le village de KIOYO.</p> <p>Il a des épisodes de diarrhées tous les 2 à 3 mois. Cette fois-ci, il a fait des selles teintées de sang il y a 3 jours passés. Et, ces 2 derniers jours, ses selles ont été normales. Ce matin, il a fait un peu de fièvre; c'est pourquoi sa mère l'amène au site pour lui trouver le Paracétamol contre cette petite fièvre passagère, dit elle.</p> <p>Son poids a été successivement de 11kg, 11 kg500, et 11 kg.800.</p> <p>COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE.            ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS.            CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT.            REFERER OU TRAITER AU SITE SELON LE CAS.</p>	<p><b>Exercice 4.</b>            Juste après le départ de l'enfant MBUYU, quand le Relais veut sortir pour aller à pêche, il est interpellé par une mère pour son enfant de 11 mois qui ne veut pas manger. La mère dit qu'elle n'allait plus cet enfant parce qu'elle est déjà d'une autre grossesse (bien visible d'ailleurs).</p> <p>Son enfant pèse 6 Kg, il est maigre . le Relais palpe l'enfant, et le trouve très chaud.            Il demande à sa mère de le laver rapidement.</p> <p>La recherche des autres signes par le Relais n'a rien rapporté.</p> <p>COMPLETER LE REMPLISSAGE DE LA FICHE.            ENTOUREZ LES SIGNES PRESENTS.            CLASSEZ LA MALADIE DE L'ENFANT.            REFERER OU TRAITER AU SITE SELON LE CAS.</p>

**Partie 8.**  
**LE RATTRAPAGE CPS, PEV, VIT A ET LES AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ CHEZ L'ENFANT**

**Exercice 1.**

Le 10 Juillet 2005, la fiche de CPS de l'enfant MODELI , âgé de 2 ans 3 mois, indique ce qui suit :

- Il a reçu tous les vaccins, sauf celui de la rougeole,
- Il a reçu sa dernière dose de Vit A en date du 5 Février 2005,
- Sa dernière pesée a eu lieu en date du 1er juin 2005.

En quoi cet enfant peut-il être rattrapé au CS ?

A quelles dates pensez-vous ?

**8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE.. NON OUI (cocher)**

- L'enfant en ordre avec les pesées	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la vaccination	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la Vit A	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

**Exercice 2.**

Le 29 Avril 2005, la fiche CPS de l'enfant MAKASI , âgé de 10 mois, indique ce qui suit :

- Il n'a pas reçu les vaccins ci-après : BCG, VPO3, DTC3.
- Il a reçu sa dernière dose de Vit A en date du 5 Février 2005,
- Sa dernière pesée a eu lieu en date du 29 Février 2005.

En quoi cet enfant peut-il être rattrapé au CS ?

A quelles dates pensez-vous ?

**8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE.. NON OUI (cocher)**

- L'enfant en ordre avec les pesées	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la vaccination	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la Vit A	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

**Exercice 3.**

Le 30 Janvier 2005, la fiche CPS de l'enfant MASASU , âgé de 11 mois, indique ce qui suit :

- Il n'a pas reçu les vaccins ci-après : VPO3, DTC3, VAR, VAA.
- Il a reçu sa dernière dose de Vit A en date du 5 Septembre 2004,
- Sa dernière pesée a eu lieu en date du 29 13 Décembre 2004.

En quoi cet enfant peut-il être rattrapé au CS ?

A quelles dates pensez-vous ?

**8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE.. NON OUI (cocher)**

- L'enfant en ordre avec les pesées	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la vaccination	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la Vit A	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

**Exercice 4.**

Le 29 Avril 2005, la fiche CPS de l'enfant MOSE , âgé de 11½ mois, indique ce qui suit :

- Il n'a pas reçu les vaccins ci-après : BCG, VPO3, DTC3, VAR.
- Il a reçu sa dernière dose de Vit A en date du 3 Février 2005,
- Sa dernière pesée a eu lieu en date du 29 Février 2005.

En quoi cet enfant peut-il être rattrapé au CS ?

A quelles dates pensez-vous ?

**8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE.. NON OUI (cocher)**

- L'enfant en ordre avec les pesées	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la vaccination	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la Vit A	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

### **Exercice 5.**

Le 29 Avril 2005, la fiche CPS de l'enfant MADO , âgé de 8 mois, indique ce qui suit :

- Il n'a pas reçu les vaccins ci-après : VPO3, DTC3, VAR, VAA
- Il a reçu sa dernière dose de Vit A en date du 15 Mars 2005,
- Sa dernière pesée a eu lieu en date du 15 Mars 2005.

En quoi cet enfant peut-il être rattrapé au CS ?

A quelles dates pensez-vous ?

#### **8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE.. NON OUI (cocher)**

- L'enfant en ordre avec les pesées	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la vaccination	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la Vit A	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

### **Exercice 6.**

Le 30 Avril 2005, la fiche CPS de l'enfant MIMI , âgé de 3½ ans, indique ce qui suit :

- Il n'a pas reçu les vaccins ci-après : BCG, VPO3, DTC3, VAR.
- Il a reçu sa dernière dose de Vit A en date du 3 Septembre 2005,
- Sa dernière pesée a eu lieu en date du 3 Septembre 2005.

En quoi cet enfant peut-il être rattrapé au CS ?

A quelles dates pensez-vous ?

#### **8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE.. NON OUI (cocher)**

- L'enfant en ordre avec les pesées	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la vaccination	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la Vit A	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

### **Exercice 7.**

Le 30 Mai 2005, la fiche CPS de l'enfant MOLISHO , âgé de 4 ans, indique ce qui suit :

- Il n'a pas reçu les vaccins ci-après : DTC3, VAR.
- Il a reçu sa dernière dose de Vit A en date du 2 Février 2005,
- Sa dernière pesée a eu lieu en date du 31 Janvier 2005.

En quoi cet enfant peut-il être rattrapé au CS ?

A quelles dates pensez-vous ?

#### **8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE.. NON OUI (cocher)**

- L'enfant en ordre avec les pesées	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la vaccination	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la Vit A	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

### **Exercice 8.**

Le 29 Avril 2005, la fiche CPS de l'enfant MOSE , âgé de 3ans 5 mois, indique ce qui suit :

- Il n'a pas reçu les vaccins ci-après : BCG,
- Il a reçu sa dernière dose de Vit A en date du 2 Février 2005,
- Sa dernière pesée a eu lieu en date du 29 Août 2004.

En quoi cet enfant peut-il être rattrapé au CS ?

A quelles dates pensez-vous ?

#### **8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE.. NON OUI (cocher)**

- L'enfant en ordre avec les pesées	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la vaccination	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
- L'enfant est en ordre avec la Vit A	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<i>Rattrapage</i>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

***Partie 9.***  
***INSTRUCTIONS POUR LA VISITE DE SUIVI.***

Répondez à ces questions pour la vérification de la compréhension.

a) Au mois de Mars, la fiche de l'enfant JEAN portait le n° 35. Il revient avec les mêmes plaintes au mois de Mai comme le 10<sup>e</sup> enfant soigné au Site. Quel sera le n° de sa fiche ?

b) Au mois de Mars, la fiche de l'enfant JEAN portait le n° 3. Il revient avec les mêmes plaintes vers la fin du mois comme le 22<sup>e</sup> enfant soigné au Site. Quel sera le n° de sa fiche ?

c) Au mois de Mars, la fiche de l'enfant DIDI portait le n° 4. Il s'est amélioré, mais Il revient deux semaines après avec des nouvelles plaintes comme le 22<sup>e</sup> enfant au Site. Quel sera le n° de sa fiche ?

d) A la visite de suivi, l'état d'un enfant est resté stationnaire. La mère a mal administré les médicaments. Que doit être la conduite à tenir du Relais ?

e) A la visite de suivi, l'état d'un enfant est resté stationnaire. La mère a administré les médicaments tel que conseillé par le Relais. Que doit être la conduite à tenir du Relais ?

f) A la visite de suivi, l'état d'un enfant s'est amélioré. Que doit être la conduite à tenir du Relais ?

g) A la visite de suivi, l'état d'un enfant ne s'est pas amélioré. Que doit être la conduite à tenir du Relais ?

h) A la visite de suivi, le Relais a constaté que la mère n'avait pas bien administré les médicaments à l'enfant. Il la conseille de nouveau et vérifie sa compréhension. Que direz-vous au Relais de faire encore ?

a).....  
.....  
.....  
.....

b).....  
.....  
.....  
.....

c).....  
.....  
.....  
.....

d).....  
.....  
.....  
.....

e).....  
.....  
.....  
.....

f).....  
.....  
.....  
.....

g).....  
.....  
.....  
.....

h).....  
.....  
.....  
.....

***Partie 10.***  
**CONSEILLER LA MERE,**

(jeux de rôles)

**Thèmes à développer dans les jeux des rôles sont les suivants:**

**1er Thème :** Conseiller à la mère comment administrer à l'enfant chaque médicament prévu: (préparer des scénarios pour les cas de fièvre, diarrhée, malnutrition, pour différents âges d'enfants : moins de 6 mois, 6-11 mois, 1-2 ans, 2 ans et plus.)

1. Lui montrer :
  - la quantité (la dose)
  - Combien de fois par jour
2. Lui montrer comment mélanger ces médicaments
3. Vérifier la compréhension de la mère (avec des questions ouvertes) : qu'elle explique pour chaque médicament : la quantité, combien de fois/jour et pendant combien de jour, ainsi que comment mélanger ces médicaments.
4. Demander à la mère d'administrer la 1ère dose au site, devant le relais, afin de s'assurer qu'elle a bien compris..

**2è Thème** Conseiller la mère sur d'autres recommandations relatives à la maladie de l'enfant :

1. Conseiller sur
  - Le jour de RDV
  - Quand revenir immédiatement (et vérifier la compréhension de la mère)
  - Les 3 règles de traitement à domicile (et vérifier la compréhension de la mère)
  - Comment éviter/prevenir la maladie. (LES PRATIQUES-CLES)
2. Vérifier la compréhension de la mère (avec des questions ouvertes)

**3è Thème :** UN ENFANT A REFERER pour :

- Signe de danger ou d'alerte
- AUTRE PROBLEME à référer
- Un cas de rattrapage pour, soit CPS, soit PEV, soit Vit A.

**Les critères d'appréciation de la qualité de communication avec la mère seront les suivants :**

**1. Respect des *principes* d'une communication interactive:**

- Courtoisie et tenue.
- Langue familière, mots familiers.
- La Durée ≤ 15 minutes.
- Validité du contenu par rapport au thème.
- Parler/Ecouter (=interaction, dialogue).
- Féliciter pour les bonnes réponses et les bonnes pratiques
- Vérifier la compréhension avec des *questions ouvertes*.
- Ne pas culpabiliser l'interlocuteur.

**2. En cas de l'utilisation des aides visuelles pour la communication:**

- L'image placée en face de l'interlocuteur.
- Après l'introduction, brève, faire interpréter l'image par l'interlocuteur,
- Donner le message-clé en s'illustrant par l'image.

**Partie 11.**  
**LES OUTILS DE GESTION POUR LE SITE DES SOINS COMMUNAUTAIRES.**

**A. REMPLISSAGE DU CAHIER REGISTRE**

<p><b>Exercice 1.</b> En date du 28 Septembre 2004, au site de LUTU, le Relais reçoit le 35ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle METIA, garçon, âgé de 3an½. pesant 17 kg800 et habitant le village de KIOYO. Sa mère se nomme METETA</p> <p>Il a été classé comme PALUDISME, DIARRHEE SIMPLE et PAS DE MALNUTRITION . le Relais a prescrit pour lui SP 1 Co dose unique et SRO, 1 verre chaque fois si diarrhée.</p> <p>L'enfant n'a pas suivi la CPS depuis 1 an, sa dernière dose de Vit A remonte à 1 an aussi. Il a été complètement vacciné.</p> <p>INDIQUEZ SI SON POIDS EST VERT, JAUNE ou ROUGE, et REMPLISSEZ LE REGISTRE DU SITE.</p>	<p><b>Exercice 2.</b> En date du 30 Septembre 2004, toujours au site de LUTU, le Relais reçoit le 37ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle LILOBA, de sexe Féminin, il a 3 mois½, pesant 3 kg, habitant le village de KIOYO. Sa mère se nomme LIYEKE</p> <p>Il a été classé comme, DIARRHEE SIMPLE et MALNUTRITION LEGERE. Le Relais a prsecrit le SRO, 1 verre chaque fois si diarrhée, et les CONSEILS NUTRITIONNELS..</p> <p>L'enfant n'a pas suivi la CPS le mois passé, il n'a pas encore reçu sa dose de Vit A. Il a reçu les vaccins ci-après : BCG, VPOo, VPO1, DTC1.</p> <p>INDIQUEZ SI SON POIDS EST VERT, JAUNE ou ROUGE, et REMPLISSEZ LE REGISTRE DU SITE.</p>
<p><b>Exercice 3.</b> 5 jours après, l'enfant METIA revient pour une visite de suivi. Il présente un signe de danger/alerte. Le relais le réfère au Centre de santé.</p> <p>3 jours après, il revient avec une notre de contre-referance.</p> <p>REMP LISSEZ LE REGISTRE AVEC CES DONNEES.</p>	<p><b>Exercice 4.</b> En date du 30 Septembre 2004, toujours au site de LUTU, le Relais reçoit le 39ème enfant malade sur la liste pour ce mois, et il s'appelle LIKELE, de sexe Féminin, il a 7 mois½, pesant 5 kg, habitant le village de KIOYO. Sa mère se nomme LOKULI</p> <p>Il a été classé SIGNE DE DANGER/ALERTE. Et comme il fait la fièvre, le Relais a precrit le PACETAMOL ½ Co, le BAIN HUMIDE, et il a référé l'enfant.</p> <p>INDIQUEZ SI SON POIDS EST VERT, JAUNE ou ROUGE, et REMPLISSEZ LE REGISTRE DU SITE.</p>
<p><b>Exercice 5.</b> Le 2 Octobre,la maman MANGOYO amène son enfant MANGASA, le 3ème enfant du mois, âgé de 1 an , et pésant 6 Kg.</p> <p>L'enfant n'a pas suivi la CPS depuis 2 mois, il n'a pas encore reçu sa dose de Vit A. Il est complètement vacciné.</p> <p>Il est classé AUTRE PROBLEME et PALUDISME. Le relais prescrit SP ½ Co dose unique et PARACETAMOL 1 Co, et il réfère l'enfant pour AUTRE PROBLEME.</p> <p>INDIQUEZ SI SON POIDS EST VERT, JAUNE ou ROUGE, et REMPLISSEZ LE REGISTRE DU SITE</p>	<p><b>Exercice 6.</b> Le 3 Octobre,la maman MAYENGE amène son enfant MANO, le 4ème enfant du mois, âgé de 3 ans , et pésant 10 Kg.</p> <p>L'enfant n'a pas suivi la CPS depuis 2 ans, il n'a pas reçu sa dose de Vit A depuis 2 ans. Il est complètement vacciné.</p> <p>Il est classé DIARRHEE SIMPLE ET MALNUTRITION LEGERE. Le relais prescrit SRO 1 verre après selles diarrhéiques, Conseils nutritionnels pour enfant de 2 ans et plus, Mebendazole 1 Co 2 fois/j pdt 3 jours</p> <p>INDIQUEZ SI SON POIDS EST VERT, JAUNE ou ROUGE, et REMPLISSEZ LE REGISTRE DU SITE</p>

**REGISTRE DES CAS TRAITES AU SITE.**

**Nom du Site:.....**

DATE:												
N°	Nom et Prénom	Age	Sexe	Nom de la mère	Village	Statut				Classification	Traitement	Observation
						Poids	CPS	Vit A	vaccin			

## RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES DU SITE

MOIS.....ANNEE.....		
ZONE DE SANTE de .....		
AIRE DE SANTE de.....		
SITE DE SOINS de .....		
Villages du Site.....		
Population totale du Site :.....Habitants.		
Activités	Nombre/ mois	Décès au site
<b>NC TOTAL</b>		
NC Aire de santé		
NC hors Aire de santé		
NC hors Zone de santé		
<b>Nbre de référés</b>		
<b>Nbre de Contre- référés</b>		
<b>Statut</b>		
<b>Poids Vert (V)</b>		
Jaune (J)		
Rouge (R)		
..... <b>CPS (OUI)</b>		
..... <b>Vit A (OUI)</b>		
..... <b>PEV (OUI)</b>		
<b>Nbre de supervisions reçues de l'Infirmier titulaire</b>		
<b>Nbre de supervisions reçues du Bureau Central de la ZS</b>		
<b>Nbre de réunions tenues avec le comité local.</b>		
<b>Nbre de décès d'enfants de 0-5 ans déclarés par la Communauté dans l'Aire du Site.</b>		

Classifications des maladies :	Nombre/ mois
1. Signe de danger	
2. Fièvre / Paludisme	
3. Diarrhée	
NC diarrhée traité avec ZINC	
4. Toux ou Rhume	
5. Pneumonie	
6. Malnutrition	
<b>TOTAL</b>	

Gestion des médicaments et recettes.					
N°	Médicaments	Nbre de jours de rupture de stock	Quantité au début du mois plus les entrées du mois	Quantité consommée	Quantité à la fin du mois
1	Artesunate+ amodiaquine				
2	Quinine liquide (20 %)				
3	SP ( Co 480 mg)				
4	Paracétamol (Co de 500 mg)				
5	SRO (Sachets)				
6	Zinc Co 10mg				
7	Zinc Co 20mg				
8	Mebendazole (Co 100 mg)				
9	Cotrimoxazole (Co 480 mg)				
10	Fer 10 mg				
11	Condom				
	<b>Recettes du mois</b> =.....FC		<b>Dépenses du mois</b> =.....FC		<b>Solde du mois</b> =.....FC

Signature du Membre de COGESITE

Date.

Nom et signature du Relais.

## FICHE DE REFERENCE

(Remplir et remettre aux parents de l'enfant)

SITE DE SOINS de .....	Date ...../...../.....
AIRE DE SANTE de.....ZONE DE SANTE DE : .....	

### SECTION SITE DES SOINS

NOM DE L'ENFANT..... Nom de la mère ou du substitut .....

Village .....Age ..... Poids.....kg.....

Statut nutritionnel : Vert  Jaune  Rouge

Motifs de la référence (Encerclez le (s) motif(s))

<b>SIGNES DE DANGER/ALERTE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE</li> <li>b) Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE</li> <li>c) L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?</li> <li>d) L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?</li> <li>e) L'enfant a-t'il convulsé ou convulse maintenant ?</li> <li>f) L'enfant est inconscient ou très affaibli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>g) Anémie ou pâleur palmaire</li> <li>h) Respiration difficile ( avec tirage ou sifflement)</li> <li>i) Toute maladie qui dure 15 jours ou plus</li> <li>j) L'enfant est souvent malade</li> <li>k) L'enfant devient plus malade malgré les soins à domicile</li> </ul>
<b>FIÈVRE</b> référée pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fièvre qui continue après 2 jours de traitement à domicile avec SP+ Paracétamol</li> <li>- ou, Fièvre avec éruptions cutanées généralisées</li> </ul>	<b>DIARRHÉE</b> référée pour <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané persistant)</li> <li>- Sang dans les selles</li> <li>- Diarrhée qui dure 14 jours ou plus</li> <li>- Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)</li> </ul>
<b>TOUX OU RHUME OU PROBLÈME RESPIRATOIRE</b>	<b>MALNUTRITION SÉVÈRE</b> à référer <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poids très faible pour l'âge (sous la courbe inférieure, ROUGE)</li> <li>- ou Amaigrissement visible et sévère,</li> <li>- ou Œdèmes aux membres inférieurs</li> </ul>
<b>AUTRE PROBLÈME : lequel ?</b> .....	
<b>TRAITEMENT REÇU</b> ( Médicaments, dose, Nbre de jours).....	

Noms et signature du Relais

### SECTION STRUCTURE D'ACCUEIL : note de contre référence

Structure sanitaire d'accueil.....
------------------------------------

Signes, Diagnostic.....

Traitement reçu.....

Recommandations

.....

Noms et Signature...

Date