



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

 **BASICS**

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

MANUEL DU RELAIS



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

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

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

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

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

Manuels et Guides

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

Outils

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

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

TABLE DES MATIERES

| | PAGE |
|---|------|
| Fiche de prise en charge ; | 2 |
| Session 1. Identification et recueil des plaintes | 4 |
| Session 2. Signes de danger ou d'alerte, | 5 |
| Session 3. . Fièvre/PALUDISME, | 7 |
| Session.5. la diarrhée, | 12 |
| Session.6. la toux et les problèmes respiratoires | 15 |
| Session 7. Les problèmes nutritionnels | 17 |
| Session 8. . CPS, PEV, VIT A | 21 |
| LA REFERENCE | 22 |
| Session 9. . Visite de suivi, | 24 |
| Session 11. . Les outils de gestion pour le site | 25 |

DATE :...../...../..... NOM DU RELAIS DE SITE.....

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

1. IDENTIFICATION

Noms Nom de la mère..... Adresse.....

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

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

Fièvre..... jours
 Diarrhée..... jours
 Toux ou Rhume... 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Anémie ou pâleur palmaire | <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"/> | Respiration difficile avec tirage ou sifflement | <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"/> | Toute maladie qui dure 15 jours ou plus | <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 est souvent malade | <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 très affaibli | <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"/> | L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | |
|---|---|
| 4 FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours) | <input type="checkbox"/> NON <input checked="" 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 |
| | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| FIEVRE à traiter au site | Tous les problèmes ci-haut sont absents, <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| | FIEVRE à REFERER |
| | PALUDISME |

| | |
|--|---|
| 5 DIARRHEE (= 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"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| DIARRHEE à traiter au site | Tous les problèmes ci-haut sont absents, <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| | DIARRHEE à REFERER |
| | DIARRHEE simple |

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

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

| | |
|--|---|
| 8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A | CARTE CPS VUE ..NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (cocher) |
| | - L'enfant en ordre avec les pesées <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| | - L'enfant est en ordre avec la vaccination <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 |
| | Rattrapage <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| | Rattrapage <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| | Rattrapage <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 9 AUTRE PROBLEME | TOUT AUTRE PROBLEME (à référer) AUTRE:Réferez <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|---|
| 10. CAS REFERE | <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI | CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE |
| ● Si l'enfant peut téter ou boire, continuer à téter en route (ou lait exprimé à la tasse) ou donner de l'eau sucrée si enfant sevré | | ● SI FIEVRE : Paracétamol (½ Co à moins de 3 ans, ¾ Co enf 3-5 ans) + bain à l'eau ordinaire ou enveloppement humide de la tête en cas de forte fièvre. |
| ● NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud | | ● SI DIARRHEE : donner fréquemment des gorgées de SRD avec la tasse, (même si allaitement exclusif) |
| | | NB:REEMPLIR LA FICHE DE REFERENCE ET REFERER |

11. TRAITEMENT

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 ½ Co + AQ ½ Co, pdt 3 jrs (TOT 1½ Co Art + 1½ 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 ½ Co à dose unique, 1 seul jour
- Enf. 1-2 ans: SP ¾ 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 : ½ Co, pdt 2 jours (TOT 4 Co)
- Enf plus de 3 ans, ¾ Co, pdt 2 jours (TOT 6 Co)

2) Conseils : Voir CARTE 1

3) RDV après 2 jours

TRAITEMENT DE PNEUMONIE ET DE TOUX/RHUME

1) PNEUMONIE :

a) COTRIMOXAZOLE

- Enf 2 mois-6 mois: ¼ Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 2½)
- Enf 6 mois-3 ans: ½ Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 5 Co)
- Enf 3 ans -5 ans: 1 Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 10 Co)

b) Remède contre la toux : Jus de citron (dilué) ou miel

c) Si fièvre : Voir traitement de Paludisme.

2) TOUX OU RHUME SIMPLES :

- a) Remède contre la toux (Jus de citron ou miel dilué)
- b) Si fièvre : Voir traitement de Paludisme.

3) Conseils : Voir CARTE 3

4) RDV après 2 Jours

TRAITEMENT DE LA DIARRHEE

1) Médicaments

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

- ½ verre de SRD à chaque selle: Enfant < 2 ans
- 1 verre de SRD 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 :

- ½ 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

PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION LEGERE

1) Médicaments

a) Mébendazole : 1 Co de 100 mg 2 fois par jour pdt 3 jrs (TOT 6 Co) (ou 1 Co 500 mg dose unique dès âge de 1 an)

b) 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

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

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

13. VISITE DE SUIVI EFFECTUEE ?

NON OUI

INSTRUCTIONS POUR LE RDV DE SUIVI.

A POSSIBILITE n°1:

la mère de l'enfant est revenue

Cocher si:

- a. Revenue selon le RDV fixé
- b. Revenue immédiatement suite à l'aggravation de la santé de l'enfant

POSSIBILITE n°2:

La mère n'est pas revenue

Cocher pourquoi elle n'est pas revenue:

- a. Consultation de tradi-praticien ou traitement traditionnel
- b. Manque d'argent
- c. Enfant amélioré
- d. Activités de mère: vendeuse, champs, travail, maladies en famille.
- e. décès
- f. autres causes:

B L'ETAT DE L'ENFANT EST-IL AGGRAVE ? (Demander à la mère) NON OUI (cocher) SI OUI, REFERER

C L'ENFANT A-T'IL UNE NOUVELLE PLAINTÉ ? NON OUI SI OUI, PRENDRE UNE NOUVELLE FICHE

D RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER et d'ALERTE REFERER SI PRESENCE D'UN SEUL SIGNE

| | NON | OUI | | NON | OUI |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|
| • L'enfant incapable de boire ou de têter | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | • Fièvre qui persiste malgré traitement | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| • L'enfant vomit tout ce qu'il consomme | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | • Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| • A convulsé ou convulse maintenant | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | • Signes de déshydratation | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| • Inconscient ou très affaibli | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | • Sang dans les selles, | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| • Respiration difficile (tirage ou sifflement) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | • Diarrhée trop liquide (comme de l'eau) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| • Pâleur palmaire (anémie) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | • ou autre phénomène anormal | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| • L'enfant devient plus malade | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

E SI L'ENFANT AVAIT TOUX OU RHUME, Nbre de Mvts Resp/minute Respiration rapide ? NON OUI REFERER SI OUI

F VERIFIER SI L'ENFANT A RECU SES MEDICAMENTS COMME PRESCRIT. A reçu sa dose ? NON OUI

G CONSEILLER DE CONTINUER LE TRAITEMENT DE L'ENFANT

- Demander à la mère de rappeler comment elle a administré les médicaments (revoir les « 3 COMBIENS »)
- Si la mère a bien administré les médicaments, FELICITER ET ENCOURAGER A CONTINUER
- Si la mère a mal administré les médicaments, démontrer la dispensation (revoir les « 3 COMBIENS ») puis demandez-lui de répéter et d'administrer une dose en votre présence. Vérifiez sa compréhension.

SESSION 1

L'IDENTIFICATION ET RECUEIL DES PLAINTES.

République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé

FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE. N° FICHE :.....

DATE :...../...../..... **NOM DU RELAIS :**

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

1. IDENTIFICATION

Noms Nom de la mère..... Adresse.....

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

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

| | NON | OUI | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|------------|-------|
| Fièvre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |jours | |
| Diarrhée..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |jours | |
| Toux..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |jours | |

SPECIFIER pour les autres plaintes.....

Exemple :

République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé

FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE. N° FICHE 20

DATE : 2 / 7 / 2008 **NOM DU RELAIS :** Kabongo

SITE DE : Kahuzo CENTRE DE SANTE DE Moya ZONE DE SANTE DE Boko

1. IDENTIFICATION

Noms Alanda Nom de la mère..... Marie Adresse..... Kahuzo

Sexe M F Age 10 ans Poids 10 Kg Statut nutritionnel de l'enfant Vert Jaune Rouge

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

| | NON | OUI | | |
|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| Fièvre..... | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |jours | |
| Diarrhée..... | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 jours | Zinc |
| Toux..... | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |jours | |

SPECIFIER pour les autres plaintes.....

N.B. : LES 3 VERBES DU RELAIS

- ECRIRE
- ENTOURER
- COCHER

SESSION 2

Les SIGNES DE DANGER OU D'ALERTE. L'enfant porte une ampoule par rapport à son état. S'assurer que cet ampoule n'est pas rouge.






FEU ROUGE (Ampoule ROUGE)

FEU JAUNE (Ampoule JAUNE)









FEU VERT (Ampoule VERTE)

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

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

| | SIGNES DE DANGER OU D'ALERTE | <i>Illustrations</i> | <i>Comment les rechercher</i> | | | | | | |
|-------|--|--|--|-----|-------|--------|-------|--------|--|
| 1 | Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE |  | Dès le moment que la mère l'amène au site, ce nourrisson devra être référé au CS | | | | | | |
| 2 | Statut nutritionnel de l'enfant ROUGE | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="background-color: green; color: white;">VERT</td> <td>BON</td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow;">JAUNE</td> <td>Alarme</td> </tr> <tr> <td style="background-color: red;">ROUGE</td> <td>Danger</td> </tr> </table> | VERT | BON | JAUNE | Alarme | ROUGE | Danger | Poids sous la courbe inférieure de la carte de CPS, par rapport à l'âge de l'enfant. |
| VERT | BON | | | | | | | | |
| JAUNE | Alarme | | | | | | | | |
| ROUGE | Danger | | | | | | | | |
| 3 | L'enfant est incapable de boire ou de téter |  | Quand on lui donne le sein ou de l'eau, Il n'y a pas de mouvement de déglutition à la gorge Le sein ou l'eau tombe sans être avalé. | | | | | | |
| 4 | L'enfant vomit tout ce qu'il consomme |  | Tout ce que l'enfant prend est vomi : l'eau, la nourriture, le lait maternel (sein). Ceci est différent des vomissements répétés ou sélectifs | | | | | | |
| 5 | L'enfant convulse ou a convulsé |  | Même si l'enfant a convulsé à la maison, il faut considérer les dires de la mère. | | | | | | |
| 6 | L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimulations extérieures. |  | <ul style="list-style-type: none"> • Il ne répond pas aux stimulations extérieures (du genre tapoter, appeler, etc.) • Il peut avoir le regard plafonné. • Une faiblesse importante doit aussi alerter. | | | | | | |

Plein é
Fermer

| | SIGNES DE DANGER OU D'ALERTE | Illustrations | Comment les rechercher |
|----|---|--|--|
| 7 | Anémie ou pâleur palmaire |  | <p>La pâleur montrera une main blanche.</p> <p>Tandis qu'une bonne coloration montrera la rougeur de la paume de main de l'enfant</p> |
| 8 | Respiration difficile TIRAGE SOUS-COSTAL ou SIFFLEMENT |  | <p>Dans une respiration difficile, on peut observer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un TIRAGE ou un enfoncement régulier sur le thorax pendant l'inspiration (à la base du thorax ou au-dessus du thorax). - On peut aussi entendre un SIFFLEMENT régulier pendant la respiration - Il y a souvent aussi battement des ailes du nez |
| | |  |  |
| 9 | TOUTE MALADIE qui dure 15 jours ou plus |  | |
| 10 | Tout enfant qui est souvent malade |  | |
| 11 | L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats administrés à domicile |  | <p>L'état de l'enfant s'aggrave, ou d'autres signes apparaissent, pendant qu'il est en train de recevoir les médicaments</p> |
| 12 | Enfant très affaibli |  | |

N.B : DEVANT UN SEUL SIGNE DE DANGER ou D'ALERTE, ARRETER L'EXAMEN POUR REFERER L'ENFANT, EN SUIVANT LES CONSEILS SUR LA REF.

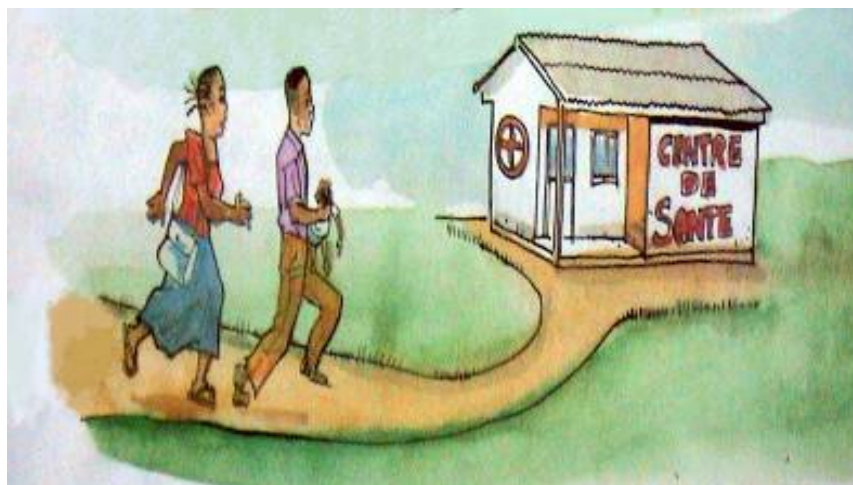
EXEMPLE :

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

| DEMANDER, RECHERCHER | cocher | NON | OUI | DEMANDER, RECHERCHER | cocher | NON | OUI |
|--|--------|--------------------------|-------------------------------------|---|--------|--------------------------|--------------------------|
| Nourisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 avec tirage ou sifflement | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'enfant est-il 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"/> |
| L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L'enfant est très affaibli | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DEVANT UN SEUL SIGNE DE DANGER ou D'ALERTE, ARRETER L'EXAMEN POUR REFERER L'ENFANT, EN SUIVANT LES CONSEILS SUR LA REFERENCE, notamment :

1. Prendre soin d'avoir noté sur la fiche de prise en charge les données sur :
 - a. L'identification
 - b. Les plaintes à l'arrivée
 - c. Le signe de danger identifié
2. Remplir la note de référence
3. Donner à la mère les conseils pour la référence ainsi que le médicament recommandé pour référer (ou cas par cas)
4. Laisser partir la mère en informant la communauté
5. enregistrer les données dans le registre



SESSION 3
LA FIEVRE / PALUDISME

| | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | FIEVRE à REFERER |
| FIEVRE à traiter au site | Tous les problèmes ci-haut sont absents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PALUDISME |

DÉFINITION DE CAS

Paludisme simple:

Tout individu malade présentant la fièvre
(Chaud au toucher)



Les personnes plus vulnérables

- l'enfant de moins de 5 ans
- la femme enceinte

VERIFIER TOUJOURS SI LE CAS N'EST PAS A REFERER

LES CAS DE FIEVRE A REFERER :



1. Fièvre qui continue après 2 jours de traitement avec ART+AQ et paracétamol

(ou SP et paracétamol)

2. Fièvre avec Eruptions cutanées généralisées

A. Exemple de FIÈVRE À RÉFÉRER






























| | | | | |
|--------------------|--|-----|-----|------------------|
| 4 | FIÈVRE (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 | NON | OUI | FIÈVRE À REFERER |
| à traiter au site: | Tous les problèmes ci-haut sont absents | NON | OUI | PALUDISME |

B. Exemple de FIÈVRE À TRAITER AU SITE














| | | | | |
|--------------------|--|-----|-----|------------------|
| 4 | FIÈVRE (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 | NON | OUI | FIÈVRE À REFERER |
| à traiter au site: | Tous les problèmes ci-haut sont absents | NON | OUI | PALUDISME |

POSOLOGIE DE TRAITEMENT CONTRE LE PALUDISME

- ARTESUNATE + AMODIAQUINE + PARACETAMOL

| Groupe d'âge | Poids | | 1 ^{er} jour | | 2 ^{ème} jour | | 3 ^{ème} jour | |
|---------------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | ART | AQ | ART | AQ | ART | AQ |
| 7-11 mois | 7-10 Kg |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 à 59 mois (1-5 ans) | 11 à 20 kg |  |  |  |  |  |  |  |
| | |  | | | | | | |
| 6-13 ans | 21-40 Kg |  |  |  |  |  |  |  |
| > 13 ans | > 40 Kg |  |  |  |  |  |  |  |

PARACETAMOL en cas de fièvre

| | 2 mois à 11 mois | 1 à 2 ans | 3 à 5 ans | 6 à 10 ans | 10 à 12 ans | 13 à 15 ans |
|---|--|---|---|---|---|---|
|  |  5-10 Kg |  11-13 Kg |  14-20 Kg |  21-30 Kg |  31-41 Kg |  41-60 Kg |
| En cas de fièvre, donner le PARACETAMOL 4 fois par jour |  |  |  |  |  |  |
| | Moins de 3 ans : 1 / 2 Co | | 3 à 5 ans, 3 / 4 Co | | | |

LE TRAITEMENT DU PALUDISME A DOMICILE AVEC SP + PARACETAMOL

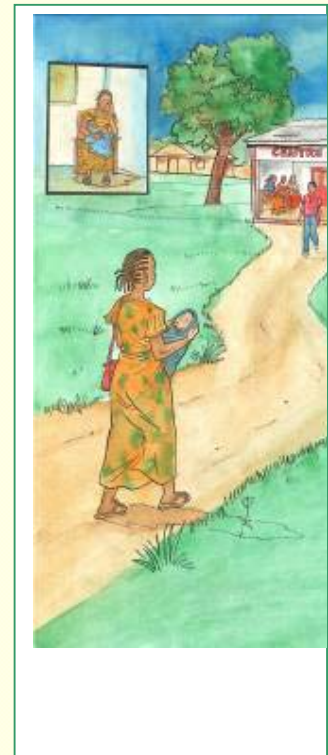
Chers parents, dès que votre enfant de 2 mois à 5 ans fait la fièvre, donnez-lui la SP et le Paracétamol pour traiter la malaria.

| | |
|--|--|
| Enfants de 2 à 11 mois |  |
| SP en une fois |  |
| Paracétamol jusqu'à 4x/jour pdt 2 jrs |  |

| | |
|--|--|
| Enfants de 1 à 2 ans |  |
| SP en une fois |  |
| Paracétamol jusqu'à 4x/jour pdt 2 jours |  |

| | |
|--|---|
| Enfants de 3 à 5 ans |  |
| SP en une fois |  |
| Paracétamol jusqu'à 4x/jour pdt 2 jours |  |

**Si l'enfant a moins de 2 mois
Amener vite au Centre de Santé !!!**



Si la fièvre persiste après deux jours de traitement à la SP, allez au Centre de Santé

CONSEILS POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE DE FIEVRE/PALUDISME



**Si Forte fièvre,
enveloppement humide de la tête
+ Paracétamol**



**MOUSTIQUAIRE IMPREIGNEE
D'INSECTICIDE**



Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois



Les 3 règles de traitement à domicile :

- 1. Continuer l'alimentation**
- 2. Augmenter les liquides à boire (ou le lait maternel en cas d'allaitement exclusif)**
- 3. Reconnaître QUAND REVENIR IMMEDIATEMENT au site (càd si l'enfant devient plus malade)**

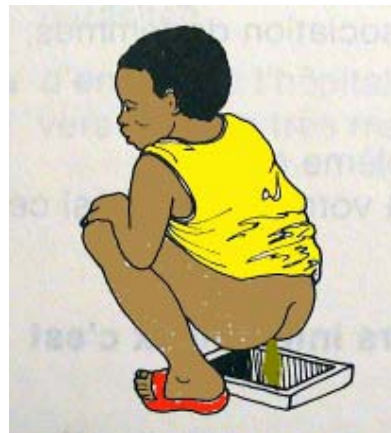
VOIR CARTE N° 1: FIÈVRE/PALUDISME (en annexe)

SESSION 5
LA DIARRHÉE

| | | | |
|----------------------------|---|-----|--------------|
| 5 | DIARRHÉE (= Selles liquides > 3 fois par jour ou plus) | NON | OUI (cocher) |
| à REFERER si : | <ul style="list-style-type: none"> - 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 | OUI |
| DIARRHÉE à traiter au site | Tous les problèmes ci-haut sont absents | NON | OUI |

DEFINITION DE CAS :

Cas de diarrhée: Tout individu ayant produit 3 selles ou plus liquides ou très molles au cours des dernières 24 heures.



VERIFIER TOUJOURS SI LE CAS N'EST PAS A REFERER

LES CAS DE DIARRHÉE A REFERER :

SIGNES DE DESHYDRATATION

- Pli cutané persistant ou s'efface lentement
- Yeux enfoncés
- Boit avec avidité (assoiffé)
- Enfant agiter (Pleurs)

Selles avec du sang

Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)





A. Exemple de DIARRHÉE À RÉFÉRER

| | | | | |
|----------------------------|---|-----|--------------|--------------------|
| 5 | DIARRHÉE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) | NON | OUI (cocher) | |
| à RÉFÉRER si : | <ul style="list-style-type: none"> Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé) pli cutané s'efface lentement, enfant agité Sang dans les selles Diarrhée trop liquide (comme de l'eau) | NON | OUI | DIARRHÉE à RÉFÉRER |
| DIARRHÉE à traiter au site | Tous les problèmes ci-haut sont absents | NON | OUI | DIARRHÉE simple |


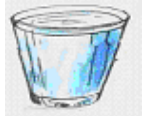
B. Exemple de DIARRHÉE À TRAITER AU SITE

| | | | | |
|----------------------------|---|-----|--------------|--------------------|
| 5 | DIARRHÉE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) | NON | OUI (cocher) | |
| à RÉFÉRER si : | <ul style="list-style-type: none"> Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé) pli cutané s'efface lentement, enfant agité Sang dans les selles Diarrhée trop liquide (comme de l'eau) | NON | OUI | DIARRHÉE à RÉFÉRER |
| DIARRHÉE à traiter au site | Tous les problèmes ci-haut sont absents | NON | OUI | DIARRHÉE simple |

Préparation de SRO (Solution de réhydratation orale)

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Laver les mains et les ustensiles à utiliser à l'eau propre et au savon |  |
| 2 | Mesurer l'eau dans une bouteille propre d'environ 1 litre (ex. : bouteille de primus ou skol + une bouteille de coca) |  |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> Mettre cette eau dans un récipient propre Ajouter un sachet de SRO et mélanger |  |
| 4 | Ce mélange doit être donné au malade dans un délai de 24 heures soit un jour |  |

Quelle quantité de SRO faut-il donner à l'enfant Après chaque selle ?

| Age de l'enfant | Quantité de SRO à donner | |
|-----------------|--------------------------|---|
| Jusqu'à 2 ans | 50-100ml (1/2 Verre) |  |
| 2 Ans et plus | 100-200ml (1 Verre) |  |

N.B : Autres liquides recommandés en cas de diarrhée : eau potable, eau de riz, potage, lait de coco, lait de soja, lait de courge,

TRAITEMENT AVEC LE ZINC

| ENFANT DE MOINS DE 6 MOIS | ENFANT DE PLUS DE 6 MOIS ET PLUS |
|----------------------------|----------------------------------|
| Co 10 mg pendant 10 jours, | Co 20 mg pendant 10 jours, |

CONSEILS EN CAS DE DIARRHEE

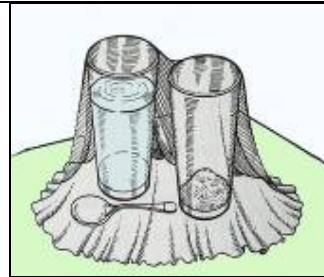
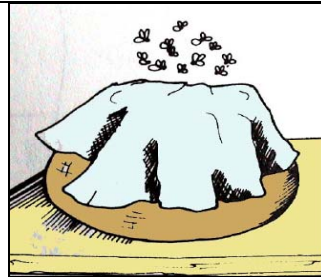


Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois



Lavage des mains avec du savon ou de la cendre et de l'eau propre :

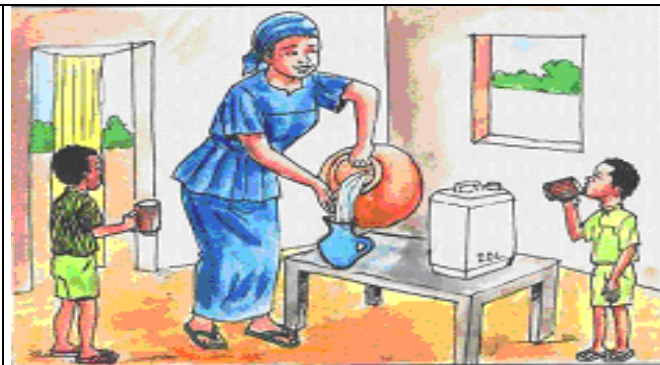
- avant servir à manger
- avant de manger
- après avoir été aux toilettes



Couvrir les aliments et l'eau de boisson



bouillir l'eau de boisson



Boire l'eau potable servie dans un récipient propre

VOIR CARTE N° 2: DIARRHEE (Job aid en annexe)

Session 6. TOUX OU RHUME OU DIFFICULTES RESPIRATOIRES

| | | | |
|----|----------------------------|---|--|
| 6x | TOUX ou RHUME |NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>(cocher) | x |
| x | Mvts respiratoires = Nbre | <input type="text" value=""/> | x |
| x | La RESPIRATION est RAPIDE | - 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"/> x <input type="checkbox"/> PNEUMONIE |
| x | La RESPIRATION est NORMALE | - 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"/> <input type="checkbox"/> TOUX ou RHUME |

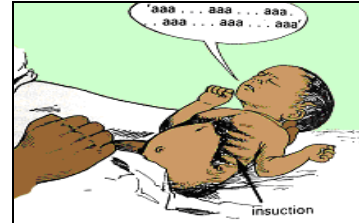
RESPIRATION DIFFICILE



Dans une respiration difficile, on peut observer:

- un tirage ou un enfoncement régulier sur le thorax pendant l'inspiration (à la base du thorax ou au-dessus du thorax).
- On peut aussi entendre un sifflement régulier pendant la respiration
- Il y a souvent aussi battement des ailes du nez

S'IL Y A UN AUTRE SIGNE DE DANGER, REFERER



1. ASC compte le nombre de mouvements respiratoires pendant 1 min

LE COMPTAGE DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES.

Il se fait à l'aide d'un MINUTEUR.

Pour cela, l'enfant doit être calme, Déshabillé au tronc et au ventre.

Le Relais fixe son regard sur un point du tronc ou du ventre pendant tout le comptage.

Commencer à compter dès que l'on presse.

Il y a un premier dé clic à 30 secondes, et le deuxième dé clic indique 1 minute.

A. Exemple de Toux ou Rhume avec RESPIRATION RAPIDE /PNEUMONIE Chez un enfant de 2 ans avec 46 respirations par minutes











| | | | |
|----|----------------------------|---|--|
| 6x | TOUX ou RHUME |NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/>(cocher) | x |
| x | Mvts respiratoires = Nbre | <input type="text" value="46"/> | x |
| x | La RESPIRATION est RAPIDE | - 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 checked="" type="checkbox"/> x <input checked="" type="checkbox"/> PNEUMONIE |
| x | La RESPIRATION est NORMALE | - 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"/> <input type="checkbox"/> TOUX ou RHUME |

B. Exemple de TOUX OU RHUME SIMPLE Chez un enfant de 2 ans avec 36 respirations par minutes

| | | | |
|----|----------------------------|---|--|
| 6x | TOUX ou RHUME |NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>(cocher) | x |
| x | Mvts respiratoires = Nbre | <input type="text" value="36"/> | x |
| x | La RESPIRATION est RAPIDE | - 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> PNEUMONIE |
| x | La RESPIRATION est NORMALE | - 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 checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> TOUX ou RHUME |

POSOLOGIE DE TRAITEMENT AVEC LE COTRIMOXAZOLE

| | |
|--------------------|---|
| AGE du malade | COTRIMOXAZOLE (Comprimé Adulte=400 mg sulfaméthoxazole + 80 mg triméthoprimine) |
| De 2 mois à 6 mois | ¼ comprimés 2 fois par jour pendant 5 jours |
| De 6 mois à 3 ans | ½ comprimés 2 fois par jour pendant 5 jours |
| De 3 ans à 5 ans | 1 comprimé 2 fois par jour pendant 5 jours |

| | 2-6 mois | 6 mois à <3 ans | 3-5 ans |
|---|---|---|---|
|  |  |  |  |
| | 5-10 Kg | 11-13 Kg | 14-20 Kg |
| Matin |  |  |  |
| Soir |  |  |  |
| (2 fois/ jour) | 1 / 4 Co | 1 / 2 Co | 1 Co |

PREVENTION : Pour prévenir les infections respiratoires aiguës, les moyens consistent à:



Bien couvrir les enfants, surtout les tout petits et les faire dormir dans une chambre bien aérée.



Ne pas exposer les enfants à la
et à la poussière

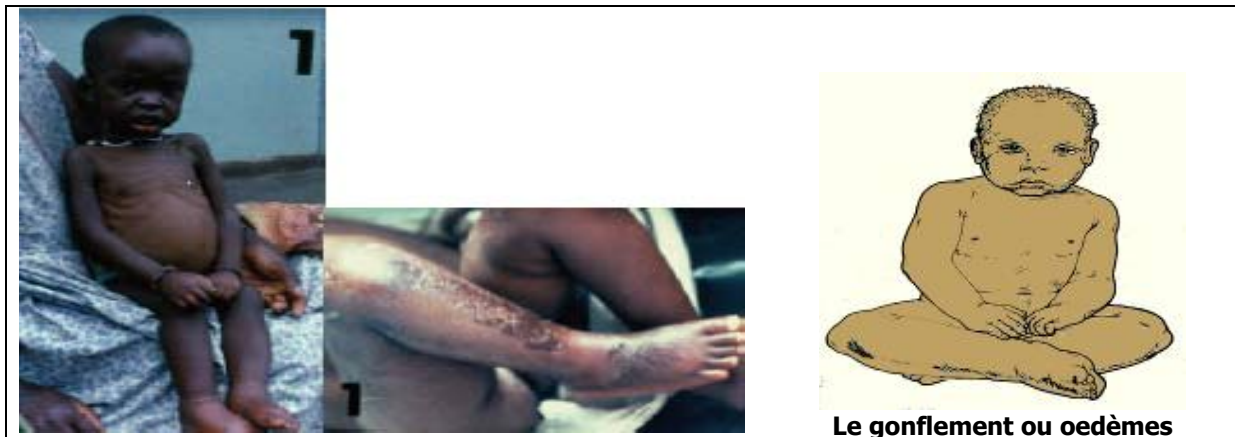
VOIR CARTE N° 3: TOUX / RHUME ET PNEUMONIE (Job aid en annexe)

Session 7. LA MALNUTRITION

| | | | | |
|---|---|---|--------------------|---|
| 7 | MALNUTRITION (les points 7, 8, 9 sont à rechercher chez tout enfant) | | | |
| × | MALNUTRITION SÉVÈRE à référer | - Amaigrissement visible et sévère, ou - ou œdèmes aux membres inférieurs. | NON OUI NON OUI | MALNUTRITION Sévère |
| × | MALNUTRITION légère Ou Enfant à risque | Poids faible pour l'âge, ou - Dans la bande JAUNE, ou - poids stationnaire ou qui baisse après 3 pesées successives | NON OUI NON OUI | MALNUTRITION légère ou Enf à Risque |
| × | PAS DE MALNUTRITION | - Poids normal (Zone VERTE), - pas de signes de malnutrition | NON OUI NON OUI | PAS de MALNUTRITION |

L'évaluation de la malnutrition se base sur :

- l'évolution du poids de l'enfant par rapport à son âge lors du suivi de la croissance (pesée)
- Les symptômes de la malnutrition.



A. Exemple d un cas de malnutrition Sévère à référer

| | | | | |
|---|--|--|------------|------------|
| 7 | MALNUTRITION (les points 7, 8, 9 sont à rechercher chez tout enfant) | | | |
| × | MALNUTRITION SÉVÈRE à référer | - Amaigrissement visible et sévère, - ou Œdèmes aux membres inférieurs. | NON NON | OUI OUI |
| × | MALNUTRITION légère Ou Enfant à risque | Poids faible pour l'âge, - Dans la bande JAUNE, ou - poids stationnaire ou qui baisse après 3 pesées successives | NON NON | OUI OUI |
| × | PAS DE MALNUTRITION | - Poids normal (Zone VERTE), - pas de signes de malnutrition | NON NON | OUI OUI |

B. Exemple d un cas de malnutrition Légère à traiter au site

| | | | | |
|---|--|--|------------|------------|
| 7 | MALNUTRITION (les points 7, 8, 9 sont à rechercher chez tout enfant) | | | |
| × | MALNUTRITION SÉVÈRE à référer | - Amaigrissement visible et sévère, - ou Œdèmes aux membres inférieurs. | NON NON | OUI OUI |
| × | MALNUTRITION légère Ou Enfant à risque | Poids faible pour l'âge, - Dans la bande JAUNE, ou - poids stationnaire ou qui baisse après 3 pesées successives | NON NON | OUI OUI |
| × | PAS DE MALNUTRITION | - Poids normal (Zone VERTE), - pas de signes de malnutrition | NON NON | OUI OUI |

C. Exemple d un cas de PAS DE MALNUTRITION

| | | | | |
|---|--|--|------------|------------|
| 7 | MALNUTRITION (les points 7, 8, 9 sont à rechercher chez tout enfant) | | | |
| × | MALNUTRITION SÉVÈRE à référer | - Amaigrissement visible et sévère, - ou Œdèmes aux membres inférieurs. | NON NON | OUI OUI |
| × | MALNUTRITION légère Ou Enfant à risque | Poids faible pour l'âge, - Dans la bande JAUNE, ou - poids stationnaire ou qui baisse après 3 pesées successives | NON NON | OUI OUI |
| × | PAS DE MALNUTRITION | - Poids normal (Zone VERTE), - pas de signes de malnutrition | NON NON | OUI OUI |

CARTE CONSEIL POUR L'ALIMENTATION DE L'ENFANT (pour l'enfant malade et l'enfant en bonne santé)

De 0 à 6 mois



- Allaiter au sein aussi souvent que l'enfant réclame, jour et nuit, **au moins 8 fois en 24 heures** (pas d'autres aliments ou liquides)
- Dès la naissance, contact peau à peau du bébé et sa mère
- Commencer la tétée dès la naissance (ne pas jeter le colostrum)

De 6 mois à 11 mois



- **Continuer à allaiter au sein aussi souvent que l'enfant réclame.**
- Bouillie épaisse, contenant :
 - Céréales : (maïs, riz, sorgho, millet, manioc,...)
 - enrichie soit de soya, d'arachide, de haricots, de poisson, de chenilles, et plus tard de viande
 - en plus de l'huile de palme.
- Donner des purées de légumes et des fruits (mangue, papaye, banane, orange...)
- **Augmenter progressivement jusqu'à 3 à 4 repas par jour (si allaitement au sein)**
- **5 fois par jour sans allaitement au sein**

De 12 mois à 23 mois



- **Continuer à allaiter au sein aussi souvent que l'enfant réclame.**
- Habituer progressivement l'enfant au repas familial, en remplaçant progressivement la bouillie :
- **5 repas par jour** (viande, poisson, légumes, chenille..)
- Donner des fruits et légumes

2 ans et plus



- Aliments du plat familial en **3 repas par jour.**
- En plus, entre les repas, donner **deux fois par jour**, des aliments nutritifs, tels que :
 - bouillies enrichies,
 - Beignets,
 - biscuits, gâteaux, etc....
- Ajouter les fruits selon les saisons

« Tout bon régime alimentaire doit être adéquat en quantité et inclure des aliments riches en énergie (par exemple, bouillie épaisse de céréales additionnées d'huile) ; en protéines (exemple de la viande, du poisson, des œufs ou des légumes, et légumes, Chenilles.) et en vitamines (exemple : des fruits)»

RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION D'UN ENFANT AVEC UNE DIARRHÉE PERSISTANTE

- S'il est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et plus longtemps, jour et nuit.
- Si l'enfant consomme du lait entier de commerce :
 - Remplacer ce lait en augmentant l'allaitement au sein OU
 - Remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi-solides nutritifs : bouillies à base de céréales + lait.
 - Pour les autres aliments, suivre les recommandations pour l'alimentation de l'enfant selon son âge

Observer la tétée pour vérifier :

- La bonne **POSITION** du bébé : la mère doit soutenir le corps du bébé (non seulement sa nuque ou ses épaule). Maintenir son corps proche de la mère.
- la **BONNE PRISE DU SEIN** :
 - le menton de l'enfant touche le sein
 - bouche du nourrisson grande ouverte
 - lèvres inférieures du nourrisson éversées
 - l'aréole du sein plus visible en haut qu'en bas
- la **TÉTÉE EST EFFICACE**, c'est-à-dire, avec des suctions profondes, lentes et entrecoupées de pauses

VOIR CARTE N° 4: MALNUTRITION LEGERE (Job aid en annexe)

SESSION 8. CPS, VACCINATION, Vit A

8. RATTRAPAGE pour CPS, PEV et Vit A

CARTE CPS VUE NON OUI (cocher)

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

EXEMPLE D'UN CAS DE RATTRAPAGE POUR CPS, PEV ET VIT A

KOSI , enfant de 1 an 6 mois, il arrive au site en février 2006 . Voici les mentions sur sa carte de CPS :

- il a été pesé le 10 décembre 2005
- il a reçu sa Vit A le 15 octobre 2005
- comme vaccins , il a reçus VPO1, VPO2, VPO3, DTC 1 et DTC2, VAR, VAA. e

RATTRAPAGE pour CPS, PEV et Vit A






CARTE CPS VUE NON OUI (cocher)

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

La vaccination protège l'enfant contre les maladies comme un parapluie protège contre la pluie



QUAND FAUT-IL FAIRE VACCINER LES ENFANTS

| Tranche d'âge : 0 à 11 mois : | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| naissance | 6 semaines 1 ½ mois | 10 semaines 2 ½ mois | 14 semaines 3 ½ mois | 9 mois |
| BCG | DTC1 | DTC2 | DTC3 | VAR |
| VPO | VPO1 | VPO2 | VPO3 | VAA |

9. AUTRE PROBLEME

TOUT AUTRE PROBLEME (à référer)

AUTRE:Référez

SESSION. LA REFERENCE.

DEVANT UN SEUL SIGNE DE DANGER ou D'ALERTE, ARRETER L'EXAMEN POUR REFERER L'ENFANT, EN SUIVANT LES CONSEILS SUR LA REFERENCE, notamment :

6. Prendre soin d'avoir noté sur la fiche de prise en charge les données sur :
 - a. L'identification
 - b. Les plaintes à l'arrivée
 - c. Le signe de danger identifié
7. Remplir la note de référence
8. Donner à la mère les conseils pour la référence ainsi que le médicament recommandé pour référer (ou cas par cas)
9. Laisser partir la mère en informant la communauté
10. enregistrer les données dans le registre



NOTE DE REFERENCE

| | |
|-------------------------|------------------------|
| N° | Date/...../..... |
| Zone de Santé de | Aire de Santé de..... |
| Site des Soins de | Village..... |

SECTION SITE DES SOINS

(Remplir et remettre aux parents de l'enfant)

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

Age Poids.....kg

Motifs de la référence *Entourez le (s) motif(s)*

| | |
|---|---|
| SIGNES DE DANGER | |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE b) Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE c) L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ? d) L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ? e) L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ? f) L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes. | <ul style="list-style-type: none"> g) Anémie ou pâleur palmaire h) Respiration difficile avec tirage ou sifflement i) Toute maladie qui dure 15 jours ou plus j) L'enfant est souvent malade k) L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile l) L'enfant est très affaibli |
| <p>FIÈVRE référée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre qui continue après 2 jours de traitement à domicile avec ART+AQ et Paracétamol (ou SP + paracétamol) - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées | <p>DIARRHÉE référée pour</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). |
| <p>TOUX OU RHUME OU PROBLÈME RESPIRATOIRE référée pour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiration difficile (avec tirage ou sifflement) - Toux ou Rhume de 15 jours ou plus <p>Fréquence respiratoire :/Minutes</p> | <p>MALNUTRITION SÉVÈRE à référer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amaigrissement visible et sévère, - ou Oedèmes aux membres inférieurs |
| <p>AUTRE PROBLÈME : lequel ?</p> <p>.....</p> | |
| <p>TRAITEMENT REÇU (Médicaments, dose, Nbre de jours).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |

Noms et signature du Relais

SECTION STRUCTURE D'ACCUEIL : note de contre référence

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

Signes, Diagnostic.....

Traitement reçus.....

.....

Recommandations

.....

.....

Noms et Signature...
Date

SESSION 11. GESTION DU SITE ET DES MEDICAMENTS

République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé

REGISTRE DE CONSULTATION AU SITE

(Tracer sur une page double dans un cahier modèle lors de la formation)

| DATE | N° | Nom et Prénom | Age | Sexe | Poids | Nom de la mère | Village | Statut | | | | Classifi- cation | Traite- ment | Prix | Observati on |
|------|----|---------------|-----|------|-------|----------------|---------|--------|-----|-------|--------|---------------------|-----------------|------|-----------------|
| | | | | | | | | Nutrit | CPS | Vit A | vaccin | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé

Modèle de CAHIER DE POINTAGE JOURNALIER

| N° | Médicaments | 1/11 | 2/11 | 3/11 | 4/11 | 5/11 |
|----|--------------------------|---------------|------|------|------|------|
| 1 | Artesunate + amodiaquine | //// // // 12 | | | | |
| 2 | Quinine gouttes 20 % | //// // 10 | | | | |
| 3 | Paracétamol 500 mg | //// 5 | | | | |
| 4 | SRO | //// 5 | | | | |
| 5 | Zinc cés 10 mg | //// 5 | | | | |
| 6 | Zinc cés 20 mg | //// 5 | | | | |
| 7 | Mébendazole 100 mg | //// 5 | | | | |
| 8 | Cotrimoxazole 400/80mg | //// 5 | | | | |
| 9 | Fer 10 mg | //// 5 | | | | |
| 10 | Condom | //// 4 | | | | |

9 République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé

CARNET DE COMMANDE / REQUISITION

Zone de santé :

N° de commande :.....

Date :

Site de soins communautaire de :

Commande effectuée à :

Par :

Commande approuvée par :

Signature :

| N° | Nom des médicaments | CMM | Quantité | | Prix unitaire | | Prix total | |
|-------------------|------------------------|-----|-----------|--------|---------------|-------|------------|-------|
| | | | Commandée | Livrée | Commandé | Livré | Commandé | Livré |
| 1 | Artésunate-amodiaquine | | | | | | | |
| 2 | Quinine gouttes 20 % | | | | | | | |
| 3 | Paracétamol 500 mg | | | | | | | |
| 4 | SRO | | | | | | | |
| 5 | Zinc cés 10 mg | | | | | | | |
| 6 | Zinc cés 20 mg | | | | | | | |
| 7 | Mébéndazole 100 mg | | | | | | | |
| 8 | Cotrimoxazole 400/80mg | | | | | | | |
| 9 | Fer 10 mg | | | | | | | |
| 10 | Condom | | | | | | | |
| PRIX TOTAL | | | | | | | | |

Somme reçue FC : (en toute lettres)

Date de livraison :

Prénom, nom et signature du gérant de la pharmacie :

Prénom, nom et signature de l'infirmier Titulaire :

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 |
| NC TOTAL | | |
| NC Aire de santé | | |
| NC hors Aire de santé | | |
| NC hors Zone de santé | | |
| Nbre de référés | | |
| Nbre de Contre- référés | | |
| Statut | | |
| Poids Vert (V) | | |
| Jaune (J) | | |
| Rouge (R) | | |
| CPS (OUI) | | |
| Vit A (OUI) | | |
| PEV (OUI) | | |
| Nbre de supervisions reçues de l'Infirmier titulaire | | |
| Nbre de supervisions reçues du Bureau Central de la ZS | | |
| Nbre de réunions tenues avec le comité local. | | |
| Nbre de décès d'enfants de 0-5 ans déclarés par la Communauté dans l'Aire du Site. | | |

| 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 | |
| TOTAL | |

| 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 | Mébéndazole (Co 100 mg) | | | | |
| 9 | Cotrimoxazole (Co 480 mg) | | | | |
| 10 | Fer 10 mg | | | | |
| 11 | Condom | | | | |
| | Recettes du mois =.....FC | Dépenses du mois =.....FC | Solde du mois =.....FC | | |

Date.

Nom et signature du Relais.

Signature du Membre de COGESITE