

<i>Section 1 : Identification</i>			<i>NOTER LES RÉPONSES</i>	
(1,01)	Numéro de suivi du patient à la FOSA			
(1,02)	Numéro de l'Agent de santé (F1)			
(1,03)	Sexe de l'agent de santé	Masculin	1	
		Féminin	2	
(1,04)	Qualification de l'agent de santé	Médecin	1	
		Infirmièr(e) DE	2	
		Infirmier Assistant	3	
		Sage-femme DE	4	
		Infirmier accoucheur DE	5	
		Assistante accoucheuse	6	
		Technicien Supérieur de Santé	7	
		Secouriste	8	
		Matrone (Accoucheuse traditionnelle)	9	
(1,05)	Type de formation sanitaire	Hôpital régional	1	
		Hopital préfectoral/de District	2	
		Centre de santé public	3	
		Centre de santé privé à but non lucratif/confessionnel	4	
		Centre de santé privé à but lucratif	5	
		Poste de santé privé à but non lucratif/confessionnel	6	
		Poste de santé privé à but lucratif	7	

Section 2 : Observation de la consultation prénatale				NOTER LES RÉPONSES
(2,01)	Heure de début de la consultation ex. 7 h est 0700, 8 h 30 est 0830 et 19 h est 1900.			
	NOTER « 1 » POUR OUI ; « 2 » POUR NON ; 99 POUR NE SAIT PAS	Oui	Non	
(2,02)	NOTER S'IL S'AGIT ICI DE LA PREMIÈRE VISITE DE LA PATIENTE POUR LES SOINS PRÉNATAUX DANS CETTE FOSA POUR CETTE GROSSESSE	1	2	
(2,03)	NOTER S'IL S'AGIT ICI DE LA PREMIÈRE GROSSESSE DE LA PATIENTE	1	2	
(2,04)	NOTER SI L'AGENT A POSÉ DES QUESTIONS A LA PATIENTE SUR LES POINTS CI-APRÈS :	Oui	Non	
A	Nom de la patiente	1	2	
B	Âge de la patiente	1	2	
C	Lieu de résidence de la patiente	1	2	
D	Médicaments que prend la patiente	1	2	
E	Date de début des dernières menstruations de la patiente	1	2	
F	Nombre de grossesses antérieures	1	2	
(2,05)	NOTER SI L'AGENT OU LA PATIENTE ONT ABORDÉ L'UN DES ASPECTS CI-APRÈS CONCERNANT LES PRÉCÉDANTES GROSSESSES DE LA PATIENTE :	Oui	Non	
A	Précédente(s) fausse(s)-couche(s)	1	2	
B	Enfant(s) mort(s) pendant la première semaine de vie	1	2	
C	Saignement abondant pendant ou après l'accouchement	1	2	
D	Précédents accouchements assistés (césarienne, ventouse, ou forceps)	1	2	
E	Précédents avortements	1	2	
(2,06)	NOTER SI L'AGENT OU LA PATIENTE ONT ABORDÉ L'UN DES ASPECTS CI-APRÈS CONCERNANT LA GROSSESSE DE LA PATIENTE	Oui	Non	
A	Saignement	1	2	
B	Fièvre	1	2	
C	Mal de tête ou vision trouble	1	2	
D	Gonflement du visage ou des mains et des pieds	1	2	
E	Fatigue ou essoufflement	1	2	
F	La patiente a senti le fœtus bouger	1	2	
G	D'autres symptômes ou d'autres problèmes	1	2	
H	Symptômes qui, selon la patiente, seraient liés à cette grossesse	1	2	
I	Le plan d'accouchement	1	2	
(2,07)	NOTER SI L'AGENT A SUIVI LES PROCÉDURES CI-APRÈS :	Oui	Non	
A	Prendre la tension de la patiente	1	2	
B	Prendre le poids de la patiente	1	2	
C	Examiner la conjonctive/les paumes des mains pour vérifier un oedème/une anémie	1	2	
D	Examiner les jambes/pieds pour vérifier un oedème	1	2	
E	Palper l'abdomen de la patiente pour la présentation foetale (ou une échographie)	1	2	
F	Palper l'abdomen de la patiente pour déterminer la taille de l'utérus (ou une échographie)	1	2	
G	Écouter les battements de coeur du fœtus	1	2	
H	Examiner les seins de la patiente	1	2	
I	Faire l'examen du périnée et un toucher vaginal au besoin	1	2	
J	Demander un test d'hémoglobine	1	2	

K	Demander le groupe Sanguin rhesus	1	2		
L	Effectuer un test d'urine à la recherche d'albumine et de glucose dans les urines	1	2		
M	Orienter la patiente pour un test de dépistage de la syphilis	1	2		
N	Propose et Oriente la patiente pour test du VIH	1	2		
O	Orienter la patiente pour le counselling concernant le test du VIH	1	2		
P	Regarder le carnet de santé de la patiente (soit avant le début de la consultation soit pendant la collecte des informations soit pendant l'examen de la patiente)	1	2		
(2,08)	NOTER SI L'AGENT A ADMINISTRÉ À LA PATIENTE L'UN DES TRAITEMENTS OU CONSEILS CI-APRÈS :	Oui	Non		
A	Prescription ou administration des compléments en fer ou en l'acide folique (IFA) ou les deux	1	2 ►	(2.08E)	
B	Explication du rôle du fer et de l'acide folique	1	2		
C	Explication de la posologie du fer ou de l'acide folique	1	2		
D	Explication des effets secondaires des compléments en fer	1	2		
E	Prescription ou administration d'une injection d'anatoxine tétanique (VAT)	1	2 ►	(2.08G)	
F	Explication du rôle de l'injection de l'anatoxine tétanique	1	2		
G	Prescription ou administration d'un traitement antipaludéen	1	2 ►	(2,11)	
H	Explication du rôle du traitement préventif intermittent (TPI) avec les médicaments contre le paludisme	1	2		
I	Explication de la posologie des médicaments contre le paludisme	1	2		
J	Explication des éventuels effets secondaires des antipaludéens	1	2		
OBSERVATION DIRECTE :		Oui	Non		
(2,09)	A constaté que la première dose de Traitement préventif intermittent est administrée dans la FOSA	1	2		
(2,10)	Importance de la deuxième dose de traitement préventif intermittent expliquée	1	2		
(2,11)	Explication éclairée d'utilisation des moustiquaires imprégnées	1	2		
(2,12)	Moustiquaires imprégnées reçues par la patiente	1	2		
(2,13)	NOTER SI L'AGENT A DONNÉ À LA PATIENTE L'UN DES CONSEILS CI-APRÈS À PROPOS DE LA PRÉPARATION :	Oui	Non		
A	Quantité ou qualité de nourriture à manger pendant la grossesse	1	2		
B	Signes et symptômes ci-après mentionnés comme facteurs de risque pour lesquels la femme devrait rentrer au centre :	Oui	Non		
C	Saignement vaginal	1	2		
D	Fièvre	1	2		
E	Fatigue ou essoufflement excessif	1	2		
F	Gonflement des mains et de la face	1	2		
G	Violent mal de tête ou vision trouble	1	2		
H	Patiente informée de l'évolution de la grossesse	1	2		

(2,14)	NOTER SI L'AGENT A DONNÉ DES CONSEILS À PROPOS DE L'ACCOUCHEMENT SOUS L'UNE DES FORMES CI-APRÈS :	Oui	Non	
A	A demandé à la patiente le lieu où elle va accoucher	1	2	
B	A conseillé la patiente de se préparer pour l'accouchement (ex. mettre l'argent de côté, se préparer pour un transport d'urgence)	1	2	
C	A conseillé la patiente de recourir à un agent de santé qualifié pendant l'accouchement	1	2	
D	A parlé avec la patiente des éléments à avoir à portée de main à la maison pour l'accouchement (y compris pour l'accouchement à la maison) ex. les lames stériles.	1	2	
E	A parlé de l'importance de vacciner le nouveau-né	1	2	
(2,15)	NOTER SI L'AGENT À CONSEILLÉ EXCLUSIVEMENT L'ALAITEMENT MATERNEL JUSQU'À 6 MOIS.	1	2	
(2,16)	NOTER SI L'AGENT À PARLÉ DU PLANNING FAMILIAL (OU DU CONTRÔLE DES NAISSANCE) À PRATIQUER APRÈS L'ACCOUCHEMENT	1	2	
(2,17)	NOTER SI L'AGENT A DEMANDÉ SI LA PATIENTE A DES QUESTION ET L'A ENCOURAGÉE À POSER DES QUESTIONS.	1	2	
(2,18)	NOTER SI L'AGENT A UTILISÉ UN SUPPORT VISUEL POUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ OU POUR LE COUNSELLING PENDANT LA CONSULTATION.	1	2	
(2,19)	NOTER SI L'AGENT A ÉCRIT SUR LE CARNET DE SANTÉ DE LA PATIENTE	OUI		1
		NON		2
		AUCUN CARNET DE SANTÉ UTILISÉE		3
(2,20)	DEMANDER À L'AGENT LA DURÉE (EN SEMAINE) DE LA GROSSESSE NE SAIT PAS, noter "999"			
(2,21)	NOTER LE RÉSULTAT DE LA CONSULTATION [NOTER LE RÉSULTAT À LA FIN DE L'OBSERVATION]	PATIENTE ENVOYÉE À LA MAISON		1
		PATIENTE ORIENTÉE (AU LABORATOIRE OU CHEZ UN AUTRE AGENT) DANS LA MEME FOSA		2
		PATIENTE INTERNÉE DANS LA MEME FOSA		3
		PATIENTE REFERENCEE VERS UNE AUTRE FOSA		4
(2,22)	Heure de clôture de la consultation ex. 7 h est 0700, 8 h 30 est 0830 et 19 h est 1900			
(2,23)	TOTAL temps passé (MINUTES) en consultation			

Commentaires de l'observateur :