|  |
| --- |
| **Informations Générales** |
| ⬧ Date de supervision:  |
| ⬧ Formation sanitaire : centre de santé (CS)/Maternité de : |
| ⬧ District Sanitaire : |  | ⬧ Région: |
| ⬧ Responsable du service: | ⬧ Qualifications de l’agent supervisé: il s’agit du statut socio-professionnel  |

**Draft Fiche de supervision en SOE**

|  |
| --- |
| **Superviseurs** |
| N° | **NOM ET PRENOMS** | **FONCTION** | **SIGNATURE** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

**Domaines techniques à couvrir**

| **No** | **Eléments à superviser** |
| --- | --- |
| **1****2** |  **Conditions de confidentialité (salle d’accouchement)** |
| **Etat du local. (bon, acceptable, mauvais)** |
| **3** | **Fonctionnalité de l’équipement et du matériel de travail (bon, acceptable, mauvais)** |
|  **4** | **Utilisation correcte du partogramme (vérification de 10 accouchements choisis au hasard dans le registre ou dossier de la parturiente et ou observation de l’agent pendant l’accouchement)** *(Marquez avec ‘1’ ou ‘0’)**1=oui**0=non* |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **le Partogramme a été rempli correctement concernant:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - informations identifiant la parturiente |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - le rythme cardiaque du fœtus |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - la couleur du liquide amniotique |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - le modelage du crâne fœtal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - les modes de contraction |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - les médicaments donnés (p.ex. oxytocine standard) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - la courbe de dilatation du col  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | - La descente de la tête fœtale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | -Le suivi des paramètres vitaux (TA, Pouls, Urines…) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **le Partogramme a été correctement utilisé (mesures préconisées quand des facteurs de dangers se sont présentés…)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Référence des accouchements - analyse de 5 cas de complications référées** *(Marquez avec ‘1’ ou ‘0’)* |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1)** le dossier de la patiente est renseigné de façon complète et correcte (notamment complications justifiant la référence) |  |  |  |  |  |
| **2)** la patiente a reçu un formulaire de référence adéquatement rempli  |  |  |  |  |  |
|  | **3) La référence a été effectuée (avec ou sans l’appui de la structure)** |  |  |  |  |  |
| **7** | ⦁ **Eléments clés de Consultations prénatales (CPN recentrée ou focalisée, vérification de 10 CPN choisies au hasard dans le registre de consultation ou les fiches prénatales*)*** *(Marquez avec ‘1’ ou ‘0’)* |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **1)** informations sur les signes de complications obstétricales données information sur les signes de danger (saignement vaginal ;maux de tête prononcé/trouble visuel) convulsion/ pertes de conscience, respiration difficile, Fièvre ; Douleurs Abdominales graves ; Douleurs de l’accouchement  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2)** pesée effectuée  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3)** tension artérielle vérifiée  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4)** Recherche d'albumine dans les urines  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5)** prise de sang effectuée  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6)** taille mesurée ??????? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7)** conseils nutritionnels donnés et enregistrés |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8)** sulfadoxine pyrimethamine (**T**raitement **D**irectement **O**bservé : TDO) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9)** Prescription de fer effectuée |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10)** proposition de test/IST et VIH fait |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11)** VAT fait |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11)** prescription de moustiquaire imprégnée d’insecticide fournie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12)** mesure de la hauteur utérine (HU) effectuée |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13)** présentation (à partir de 36 semaines) appréciée |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14)** bruits du cœur fœtal (BCF) (à partir de 20 semaines) effectuée |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15)** mouvements fœtaux appréciés |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16)** examen des seins fait  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17)** recherche des œdèmes effectuée  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18) PTME réalisée (si nécessaire)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La fiche CPN correctement utilisée (mesures préconisées quand des facteurs de dangers se sont présentés…) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **Séquences de consultations postnatales (vérification de 10 Cpon choisies au hasard dans le registre,** *(Marquez avec ‘1’, ‘0’ )**N.B : vérifier 4 cpn dont une au 9eme mois*  |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1. CPoN1 correctement effectuée
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2)** CPoN2 correctement effectuée  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3)** CPoN3 correctement effectuée  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4)** CPoN4 correctement effectuée |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Quelles sont les préoccupations de la femme en grossesse identifiées par l’agent (CPN focalisée) et prise en compte

La femme en grossesse connait elle les signes de danger ??a –elle-été informée ??

Est –elle informée de quatre consultations a partir de du 4ième mois

**Appréciations globales de la supervision**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Conditions de déroulement de la supervision**  |
|  | **Oui** | **Non** |
| 1. Disponibilité et flexibilité de l’équipe
 |  |  |
| 1. Disponibilité et accessibilité des outils à consulter
 |  |  |
| 1. Tenue de réunions de briefing et de débriefing de la supervision
 |  |  |

**Synthèse des résultats de supervision**

1. Utilisation correcte du partogramme (après remplissage)

-Points positifs

a)

b)

c)

-Points à améliorer

a)

b)

c)

-Orientations de l’équipe de supervision

a)

b)

c)

 2) Eléments clés de consultations prénatales

-Points positifs

a)

b)

c)

-Points à améliorer

a)

b)

c)

-Orientations de l’équipe de supervision

a)

b)

c)

**Recommandations de la supervision**