

OBSERVATIONS CLINIQUES DIRECTES (DCO)

Fiche de suivi (CPN)

Numéro patient	Numéro Enquêteur	No. Opérateur de saisie	No. Contrôleur	No. Superviseur

Id1. Zone sanitaire :		Id2. Département : _____	/ _ / _
1. Banikoara 2. Zogbodomey/Bohicon/Zakpota 3. Adjohoun/Dangbo/Bonou 4. Porto-Novo/ Sèmè-Kpodji/ Aguégués 5. Kouandé/ Pehunco/Kerou 6. Lokossa/Athiémé 7. Ouidah/Kpomassè/Tori 8. Covè/Ouinhi/Zangnanado 9. Savalou/Bantè 10. Savè/Ouèssè	/ _ / _	Id3. Commune : _____	/ _ /
		Id4. Arrondissement : _____	/ _ / _
		Id5. Quartier de ville/ village : _____	/ _ / _
		Id6. Nom de la formation sanitaire : _____	/ _ / _ / _ / _
		Id7. Nom du prestataire : _____	/ _ /
		Id8. Qualification du prestataire : _____	/ _ /

Type de milieu :	Urbain	1	Rural	2
------------------	--------	---	-------	---

Enquêteur : On vous demande d'encercler le code correspondant à ce que vous constatez lors de la consultation. Vous ne devez en aucun cas montrer cette fiche, ni demander quoi que ce soit à l'agent de santé. Votre travail consiste à vous installer dans un coin de la salle de consultation d'où vous pouvez aisément observer les faits et gestes du prestataire.

Heure de début										Heure de fin							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--

CHECKLIST POUR OBSERVATION CLINIQUE DIRECTE			
0.	SECTION 0 : VISITE DU PATIENT		
0.1.	A quel trimestre de la grossesse se déroule la consultation ?	1. Premier trimestre 2. Second trimestre 3. Troisième trimestre	
0.2.	S'agit-il de la première CPN de la patiente ?	1. Oui 2. Non	

	Lors de la consultation du patient, les informations suivantes ont-elles été prises ?		
0.3.	Poids <i>[Vérifier dans le carnet de santé de la patiente à sa sortie de la salle de consultation dans le cas où le prestataire n'aurait pas pris cette constante lui-même.]</i>	1. Oui 2. Non	
0.4.	Température <i>[Vérifier dans le carnet de santé de la patiente à sa sortie de la salle de consultation dans le cas où le prestataire n'aurait pas pris cette constante lui-même.]</i>	1. Oui 2. Non	
0.5.	Inspection (contrôle) (coloration des muqueuses...)	1. Oui 2. Non	
0.6.	Palpation abdominale	1. Oui 2. Non	
0.7.	Recherche d'éventuels OMI (Œdèmes des membres inférieurs)	1. Oui 2. Non	
0.8.	Examen/ touché vaginal	1. Oui 2. Non	
0.9.	Examen au speculum	1. Oui 2. Non	
0.10.	Tension artérielle	1. Oui 2. Non	
0.11.	Albuminurie	1. Oui 2. Non	
0.12.	Glucosurie	1. Oui 2. Non	
0.13.	Le prestataire a-t-il demandé une échographie à la patiente? (<i>Sinon, vérifier que la patiente ne s'est pas présentée avec une échographie datant du même trimestre de grossesse</i>)	1. Oui 2. Non	
0.14.	Informations données à la patiente sur d'éventuelles complications lors de la grossesse	1. Oui 2. Non	Si 2 → section 1
0.14.1.	Si oui, encercler les complications sur lesquelles la patiente a été informée <i>[Utiliser la liste des complications obstétricales ci-dessous. Encercler tous les choix possibles de A à T]</i>		
	Hémorragies : ante-partum, post-partum	Hémorragies: A- Placenta prævia B- Placenta abruptio (rétro placenta, décollement placentaire) C- Hémorragie du post-partum D- Rétention placentaire	

		E- Utérus inversé/éversion du col de l'utérus F- Grossesse ectopique/ extra utérine G- Hémorragie antepartum/intrapartum	
	Travail prolongé	Dystocie: H- Prolongement de la première étape du travail I- Prolongement de la seconde étape du travail J- Disproportion céphalo-pelvienne (CPD) K- Rupture utérine L- Présentation anormale du fœtus (accouchement par le siège, présentation oblique, etc.)	
	Septicémie du Post-partum (après accouchement)	Septicémie : M- infection	
	Complications d'avortement (en grande partie incluses dans les autres)	Avortement: N- Perforation utérine	
	Pré- éclampsie, éclampsie	O- Crises d'hypertension liées à la grossesse P- Eclampsie Q- Pré- éclampsie sévère	
	Autres :	R- Anémie sévère (Taux d'Hémoglobine <7g ou équivalent) S- Naissances multiples T- Embolie A ne pas inclure: Rupture prématurée des membranes Maladies sexuellement transmissibles (MST/IST) Post maturité/ dépassement de terme Faux travail Complications médicales Vomissement gravidique (HG : vomissements incoercibles) Menace d'accouchement prématuré	
1.	SECTION1: PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE <i>[Remplir cette section uniquement dans le cas ou la patiente est dans son premier trimestre de grossesse ou à sa première CPN. Autrement, passer à la section 2 ou 3 selon qu'elle soit au second ou au troisième trimestre de grossesse (et pas à sa première CPN) respectivement]</i>		
1.1.	L'âge de la patiente a-t-il été renseigné?	1. Oui 2. Non	
1.2.	Sa taille a-t-elle été renseignée?	1. Oui 2. Non	
1.3.	Le prestataire a-t-il suggéré un régime alimentaire à suivre ?	1. Oui 2. Non	
1.4.	Le prestataire a-t-il suggéré des vaccinations	1. Oui	

	à faire par la patiente ?	2. Non	
1.5.	Le prestataire a-t-il demandé à la patiente si elle a déjà été enceinte?	1. Oui 2. Non	Si non, → 1.6.
1.5.1.	Si oui, s'est-il renseigné sur le nombre de fois ?	1. Oui 2. Non	
1.6.	Le prestataire a-t-il demandé une vérification de toxoplasmose à la patiente ?	1. Oui 2. Non	
1.7.	Le prestataire a-t-il demandé des examens complémentaires de BW ¹ à la patiente?	1. Oui 2. Non	
1.8.	Le prestataire a-t-il demandé le groupe sanguin de la patiente ?	1. Oui 2. Non	Si non, → 1.9.
1.8.1.	Si la patiente a donné son groupe sanguin, le prestataire a-t-il demandé à voir un document médical le certifiant?	1. Oui 2. Non	Si oui, → 1.9.
1.8.2.	Sinon, le prestataire a-t-il exigé à la patiente un test afin de connaître son groupe sanguin?	1. Oui 2. Non	
1.9.	Le prestataire a-t-il prescrit à la patiente le kit contenant une moustiquaire?	1. Oui 2. Non	
2.	SECTION2: SECOND TRIMESTRE DE LA GROSSESSE <i>[Remplir cette section uniquement dans le cas où la patiente est dans son second trimestre de grossesse de même que si elle en est à sa première CPN au 3ème trimestre. Sinon, passer à la section 3.]</i>		
2.1.	Le prestataire a-t-il procédé à la mesure de la taille de l'utérus?	1. Oui 2. Non	
2.2.	Le prestataire a-t-il recherché les BDC du fœtus ?	1. Oui 2. Non	
2.3.	Le prestataire a-t-il contrôlé le carnet de vaccination de la patiente?	1. Oui 2. Non	
2.4.	Le prestataire a-t-il donné la SP (Sulfadoxine Pyriméthamine)/ fansidar? <i>Si vous ne constatez pas la prise du médicament par la patiente devant un agent de santé encrer 2 ?</i>	1. Oui 2. Non	Si 1, → FIN si 2 ^{ème} trimestre et 3.1. si 3 ^{ème} trimestre
2.5.	Le prestataire lui a-t-il prescrit la SP/Fansidar ?	1. Oui 2. Non	
3.	SECTION3: TROISIEME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE <i>[Remplir cette section uniquement dans le cas où la patiente est dans son troisième trimestre de grossesse].</i>		

¹ BW: Bordet Wasserman : test de syphilis

3.1.	Le prestataire a-t-il procédé à la mesure de la taille de l'utérus?	1. Oui 2. Non	
3.2.	Le prestataire a-t-il recherché les BDC du fœtus ?	1. Oui 2. Non	
3.3.	Le prestataire lui a-t-il donné de la SP/fansidar?	1. Oui 2. Non	Si 1, → 3.5.
3.4.	Le prestataire lui a-t-il prescrit la SP/fansidar ?	1. Oui 2. Non	
3.5.	A quel terme de la grossesse est la patiente ? [Enquêteur : Si lors de la consultation vous n'avez aucune possibilité de le savoir vous pouvez poser la question au prestataire ou à la patiente à la fin.]	1. Au plus 36 semaines (≤ 8mois) 2. Plus de 36 semaines	Si 2 en 3.3 ou 3.4. → FIN
3.6.	Le prestataire s'est-il assuré que la patiente avait déjà (ou n'avait pas encore) pris la SP ?	1. Oui 2. Non	

Déclaration de l'enquêteur: Je certifie que cette fiche a été remplie conformément aux instructions reçues lors de la formation. Tout ce qui y est inscrit reflète effectivement ce qui s'est passé dans la salle de consultation sans mon intervention.

Nom : **Prénoms :**

Signature : **Date :** ... / ... / ...

Nom du Contrôleur :	Date : ... / ... / ...
Signature :	

Nom du Superviseur :	Date : ... / ... / ...
Signature :	