



## Enquête nationale d'évaluation des besoins et des coûts nécessaires pour fournir des services de qualité de prévention et de prise en charge de la malnutrition des enfants de 0 à 5 ans au Niger

### QUESTIONNAIRE RESPONSABLE STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE

I. IDENTIFICATION			
<b>ID.1</b>	REGION DE :	1. Agadez 2. Diffa 3. Dosso 4. Maradi 5. Tahoua 6. Tillabéri 7. Zinder 8. Niamey	_
<b>ID.2</b>	DEPARTEMENT DE :	_____	_ _ _
<b>ID.3</b>	COMMUNE DE :	_____	_ _ _ _
<b>ID.4</b>	VILLAGE/ QUARTIER : _____		
<b>ID.5</b>	NOM ET NUMERO DE LA STRUCTURE : _____		_ _ _
<b>ID.6</b>	TYPE DE STRUCTURE	1. CSI 2. CS 3. HN 4. CRENI/CHR/CSME 5. HD	_
<b>ID.8</b>	NUMERO DE L'EQUIPE :		_ _ _

Jour Mois Année

Date de l'interview : ...../\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Observations :**



<b>II. PREVENTION DE LA MALNUTRITION</b>	
<b>PM01. EFFECTUER VOUS DES INTERVENTIONS POUR LA PREVENTION DE LA MALNUTRITION ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Allez à la section suivante]</b>	__
<b>PM02. SI PM01=1, QUELLES SONT LES INTERVENTIONS DE PREVENTION DE LA MALNUTRITION MENÉES DANS VOTRE STRUCTURE ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. OUI 2. NON</b>
A. Visites à domicile	__
B. IEC/CCC des mères/gardiennes/pères des enfants malnutris	__
C. IEC/CCC au niveau de la communauté	__
D. Dépistage actif	__
E. Blanketfeeding pendant la période de soudure pour les 6-23 mois et les femmes allaitant un enfant de moins de 6 mois	__
F. Plan de réponse aux crises alimentaires et nutritionnelles	__
G. Distribution des micronutriments (MNPs) chez les enfants de 6 à 59 mois	__
X. Autres (à préciser) : _____	__
<b>PM03. SI PM02B=1 OU PM02C=1, QUELS SONT LES PROGRAMMES D'IEC/CCC POUR LA PREVENTION DE LA MALNUTRITION SOUTENUS DANS VOTRE STRUCTURE ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. OUI 2. NON</b>
A. Promotion de l'alimentation de la femme enceinte et allaitante	__
B. Promotion de l'allaitement maternel exclusif	__
C. Promotion de l'alimentation de complément	__
D. Prévention des carences en micronutriments	__
E. Promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement	__
F. Suivi de la croissance/Consultation nourrisson	__
G. Lutte contre les infections	__
H. Prévention du paludisme	__
I. Diagnostic et traitement de la diarrhée à domicile (SRO/Zinc)/PCADOM	__
J. Reconnaissance des signes de danger des trois principales maladies (IRA, Paludisme, diarrhée) /PCADOM	__
K. Utilisation des services de santé préventifs et curatifs (vaccination, prise en charge de la malnutrition, supplémentation en vitamine A, déparasitage, CPNR)	__
L. Planification familiale	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PM04. SI PM02A=1, DANS QUEL CAS ORGANISEZ-VOUS DES VISITES À DOMICILE ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. OUI 2. NON</b>
A. Pour le dépistage actif de la malnutrition	__
B. Pour réaliser des IEC/CCC	__
C. L'enfant perd du poids ou il a un poids stationnaire / Echec au traitement	__
D. L'accompagnant refuse l'admission de son enfant au centre pour malnutris	__
E. La mère doute de sa capacité à prendre en charge leurs enfants à domicile	__
F. L'enfant est absent à une visite	__



<b>II. PREVENTION DE LA MALNUTRITION</b>	
G. En cas d'abandon du programme de prise en charge de la malnutrition	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PM05. PENSEZ-VOUS QUE LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION SONT SUFFISANTES EN CE QUI CONCERNE:</b>	<b>1. OUI 2. NON</b>
A. IEC/CCC au niveau de la communauté	__
B. IEC/CCC des mères/gardiennes/pères des enfants malnutris	__
C. Visite à domicile	__
D. Dépistage actif	__
E. « Blanketfeeding » amélioration de l'offre alimentaire aux plus vulnérable	__
F. Plan de réponse aux crises alimentaires et nutritionnelles	__
G. Distribution des micronutriments (MNPs) chez les enfants de 6 à 59 mois	__
<b>PM06. SI AU MOINS UN "2" EN PM05, A QUOI EST DÛ CETTE INSUFFISANCE SELON VOUS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. OUI 2. NON</b>
A. Insuffisance de personnel	__
B. Insuffisance de matériel	__
C. Insuffisance de formation du personnel	__
D. Insuffisance de motivation des acteurs de santé	__
E. Insuffisance de supervision	__
F. Insuffisance d'intérêt de la communauté	__
G. Manque de reconnaissance auprès des instances locales	__
H. Insuffisance de ressources financières	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PM07. QUELS SONT VOS RÔLES CONCERNANT LES RELAIS COMMUNAUTAIRE POUR LA PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. OUI 2. NON</b>
A. Choix des relais communautaires	__
B. Coordination et supervision des relais communautaires	__
C. Suivi des activités des relais communautaires (une fois par mois)	__
D. Formation des relais communautaires au dépistage actif	__
E. Formation des relais communautaires au suivi des cas d'abandon	__
F. Collecte des informations communautaires auprès des relais et résolution des problèmes	__
G. Motivation des relais communautaires	__
<b>PM08. PARMIS LES RÔLES QUE JOUENT LES ORGANES DE PARTICIPATIONS COMMUNAUTAIRES (OPC) LESQUELS ONT UNE INFLUENCE SUR LA PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION AU NIVEAU DE VOTRE COMMUNE ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. OUI 2. NON</b>
A. Distributions	__
B. Information des communautés sur les activités de nutrition	__



<b>II. PREVENTION DE LA MALNUTRITION</b>	
C. IEC/CCC	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PM09. QUELS RÔLES PENSEZ-VOUS QUE LES OPC PEUVENT JOUER DANS LE CADRE DE RENFORCEMENT DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Distributions	__
B. Information des communautés sur les activités de nutrition	__
C. IEC/CCC	__
X. Autre (à préciser) : _____	__

<b>III. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION</b>	
<b>PC01. Y A-T-IL UN CENTRE/UNE UNITÉ DE RÉCUPÉRATION NUTRITIONNELLE AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Aller à PC07]</b>	__
<b>PC02. Si PC01=1, LE/LESQUELS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. CRENAM	__
B. CRENAS	__
C. CRENI	__
<b>PC03. QUEL TYPE DE MALNUTRITION PRENEZ-VOUS EN CHARGE ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. MAM	__
B. MAS sans complications	__
C. MAS avec complications	__
D. Malnutrition chronique	__
<b>PC04. DISPOSEZ-VOUS D'UN EXEMPLAIRE DU PROTOCOLE NATIONAL DE PCIMA AU NIVEAU DU LIEU DE PRISE EN CHARGE ?</b> <b>[DEMANDEZ À OBSERVER]</b> 1. Oui, observé 2. Oui, non observé 3. Non	__
<b>PC05. FAITES-VOUS DES ACTIVITÉS D'IEC/CCC DES ACCOMPAGNANTS DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION ?</b> 1. Oui à chaque visite 2. Oui de temps en temps 3. Non <b>[Si Non, Aller à PC07]</b>	__
<b>PC06. Si PC05=1 ou 2, QUELS SONT LES THÈMES ABORDÉS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Promotion de l'alimentation de la femme enceinte et allaitante	__
B. Promotion de l'allaitement maternel exclusif	__
C. Promotion de l'alimentation de complément	__
D. Prévention des carences en micronutriments	__
E. Promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement	__
F. Suivi de la croissance/Consultation nourrisson	__



<b>III. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION</b>	
G. Lutte contre les infections	__
H. Prévention du paludisme	__
I. Diagnostic et traitement de la diarrhée à domicile (SRO/Zinc)/PCADOM	__
J. Reconnaissance des signes de danger des trois principales maladies (IRA, Paludisme, diarrhée)/PCADOM	__
K. Utilisation des services de santé préventifs et curatifs (vaccination, prise en charge de la malnutrition, supplémentation en vitamine A, déparasitage, CPNR)	__
L. Planification familiale	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PC07. EFFECTUEZ-VOUS LE DÉPISTAGE PASSIF DE LA MALNUTRITION AU NIVEAU DE VOTRE STRUCTURE DE SANTÉ?</b> 1. Oui <i>[Si PC07=1 et PC01=2, Ne posez que les questions PC08, PC09, PC10 et PC29]</i> 2. Non <i>[Si Non, Allez à la section VI et liez attentivement les instructions]</i> <i>[Si PC01=1, PC07 ne peut être égal à "2"]</i>	__
<b>PC08. SI PC07=1, A QUEL MOMENT ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Si suspicion seulement	__
B. Pour chaque enfant admis	__
C. Pour confirmer un diagnostic communautaire	__
<b>PC09. SI PC07=1, AVEC QUELLE(S) MESURE(S) ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Périmètre brachial (MUAC)	__
B. Poids/âge	__
C. Poids/taille	__
D. Taille/âge	__
E. Œdèmes bilatéraux	__
<b>PC10. QUI PREND EN CHARGE LE TRANSPORT POUR LE TRANSFERT/RÉFÉRENCIEMENT DES ENFANTS MALNUTRIS ?</b>	<b>MAM</b> <b>MAS</b>
1. La structure sanitaire elle même	__        __
2. Une ONG	__        __
3. Le patient/accompagnant	__        __
4. Autre (à préciser) : _____	__        __
<b>PC11. QUELS TYPES DE TRAITEMENT ADMINISTREZ-VOUS AUX MALNUTRIS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Médicamenteux systématique	__
B. Nutritionnel	__
C. Médicamenteux des complications	__
X. Autre (à préciser) : _____	__



**III. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION**

<b>PC12. SI PC11A=1, QUEL TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX SYSTÉMATIQUE ADMINISTREZ-VOUS AUX ENFANTS MALNUTRIS AIGUS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b> <b>[REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE PC02]</b>	CRENAM	CRENAS	CRENI
	1. Oui 2. Non		
A. Vitamine A	__	__	__
B. Amoxicilline	__	__	__
C. Ampicilline	__	__	__
D. Mébendazole	__	__	__
E. Albendazole	__	__	__
F. Gentamycine	__	__	__
G. Métronidazole	__	__	__
H. Ceftriaxone	__	__	__
I. Cloxacilline	__	__	__
J. Oxacyline	__	__	__
K. Ciprofloxacine	__	__	__
L. Nystatine	__	__	__
M. Fluconazole	__	__	__
N. Vaccin contre la rougeole	__	__	__
O. Fer	__	__	__
P. Acidefolique	__	__	__
Q. Arthéméter	__	__	__
R. Artésunate	__	__	__
S. Coartem	__	__	__
T. RéSoMal	__	__	__
U. SRO	__	__	__
V. Furosémide	__	__	__
X. Autre (à préciser)	__	__	__
<b>PC13. SI PC11B=1, QUEL TYPE DE TRAITEMENT NUTRITIONNEL ADMINISTREZ-VOUS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b> <b>[REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE PC02]</b>	CRENAM	CRENAS	CRENI
1. Oui 2. Non			
A. Laits F75	__	__	__
B. Laits F100	__	__	__
C. ATPE (plumpynut	__	__	__
D. Plumpydose	__	__	__
E. Supplementary plumpy	__	__	__
F. CSB+	__	__	__
X. Autre (à préciser) :	__	__	__
<b>PC14. COMMENT FAITES-VOUS LE SUIVI ET LA SURVEILLANCE DES ENFANTS MALNUTRIS ET À QUELLE FRÉQUENCE?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b> <b>[REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE PC02]</b>	Périodicité		
	1. A l'admission 2. Chaque jour 3. Chaque semaine 4. Chaque 2 semaines	5. Chaque 3 semaines 6. Chaque mois 7. Si nécessaire 8. Non	
	CRENAM	CRENAS	CRENI
A. Prise de poids	__	__	__



III. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION			
B. Prise de température	__	__	__
C. Vérification des œdèmes	__	__	__
D. Périmètre Brachial (MUAC)	__	__	__
E. Taille debout ou couchée	__	__	__
F. Test d'appétit	__	__	__
G. Symptôme et signes cliniques	__	__	__
H. Education nutritionnelle	__	__	__
I. Vaccination	__	__	__
<b>PC15. QUELLES SONT LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENTS UTILISÉES DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS POUR ENCOURAGER LES MÈRES/GARDIENNES D'ENFANTS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>			<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Ration alimentaire/de sortie	__		__
B. Visite à domicile	__		__
C. Prise en charge du transport	__		__
D. Donation (savon, bouilloire, couvertures, etc.)	__		__
X. Autre (à préciser) : _____	__		__
<b>PC16. EST-CE QU'IL ARRIVE QUE LES MÈRES/GARDIENNES DES ENFANTS MALNUTRIS ABANDONNENT VOTRE CENTRE PENDANT LE TRAITEMENT ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Allez à PC19]</b>			__
<b>PC17. SI PC16=1, QUELLES SONT LES DISPOSITIONS QUE VOUS PRENEZ DANS DE TELS CAS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>			<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Visites à domicile	__		__
B. Implications des leaders locaux	__		__
C. IEC/CCC	__		__
D. Motivation des mères (ration alimentaire, etc.)	__		__
X. Autre (à préciser) : _____	__		__
<b>PC18. SI PC16=1, QUELLES EN SONT GÉNÉRALEMENT LES RAISONS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>			<b>1. Oui 2. Non</b>
A. L'éloignement des bénéficiaires par rapport à la structure	__		__
B. La saison de la récolte ou des cultures	__		__
C. Les mouvements soudains de population, du fait d'une sécheresse ou d'une insécurité	__		__
D. Les mères ne comprenant pas le but du programme	__		__
E. La mauvaise organisation du service (lenteur des distributions, insuffisance de communication)	__		__
F. Le mauvais accueil	__		__
G. La rupture de stock	__		__
H. Le peu de changement de poids donc le peu de succès de guérison de ces programmes de prise en charge	__		__
I. Une amélioration de la situation alimentaire en général	__		__
J. L'accompagnant(e) est dans l'impossibilité de se déplacer (surcharge de travail, maladie, etc.)	__		__
X. Autre (à préciser) : _____	__		__



III. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION	
<b>PC19. Y-A-T-IL EU DES ÉCHECS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AU NIVEAU DE VOTRE STRUCTURE ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Allez à PC22]</b>	__
<b>PC20. Si PC19=1, LORSQUE CELA ARRIVE, INVESTIGUEZ-VOUS SUR LES CAUSES ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Allez à PC22]</b>	__
<b>PC21. Si PC20=1, QUELLES SONT LES CAUSES LES PLUS FRÉQUENTES ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. L'éloignement du domicile/Impossibilité de déplacement	__
B. La saison de la récolte ou des cultures	__
C. Les mouvements soudains de population, du fait d'une sécheresse ou d'une insécurité	__
D. Les mères ne comprenant pas le but du programme	__
E. Les mères n'appliquent pas les conseils donnés par les centres de récupération	__
F. La mauvaise organisation du service (lenteur des distributions, insuffisance de communication)	__
G. Le mauvais accueil/ Personnel trop strict et intimidant	__
H. La rupture de stock	__
I. Environnement non propice/ Traitement dans lieu ouvert, au milieu des autres patients	__
J. Personnel mal formé/Mauvaise application du protocole	__
K. Personnel insuffisant (notamment la nuit)	__
L. Traitement nutritionnel mal préparé ou donné de façon incorrecte	__
M. Insuffisance de suivi/Fiche de suivi incomplète/Utilisation du dossier traditionnel	__
N. Mauvais(e) diagnostic/sélection des patients, test de l'appétit mal fait	__
O. Conseils donnés à l'accompagnant(e) non corrects	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PC22. QUELLES DISPOSITIONS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER/REMÉDIER LES/AUX ÉCHECS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Vérifier auprès des services de santé l'accessibilité aux soins par les bénéficiaires (médicaments et hospitalisations si nécessaire)	__
B. Impliquer la communauté	__
C. Visite à domicile (conditions d'hygiène, partage de la ration, conditions générales)	__
D. Vérifier les erreurs d'admission	__
E. Réexaminer les patients	__
F. Examen plus approfondi du patient	__
G. Supervision du personnel avec formation pratique si nécessaire	__
H. Re-calibrer/Changer le matériel de mesure	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PC23. EXISTE-T-IL UN PROGRAMME DE STIMULATION ÉMOTIONNELLE ET PHYSIQUE POUR LES ENFANTS MALNUTRIS AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Allez à PC26]</b>	__





### III. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION

III. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION	
<b>PC24. SI PC23=1, QUELLES ACTIVITÉS SONT RÉALISÉES ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Salle de jeux équipée (couleurs fortes et des belles décorations murales, jouets mobiles,...)/Jouets dans les lits	__
B. Séances de conseils aux mères	__
C. Encouragement des mères à nourrir leurs enfants, les tenir, les entourer et jouer avec eux autant que possible	
D. Interaction avec les autres enfants	__
E. Mouvements passifs	__
F. Repas collectifs	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PC25. SI PC23=1, QUEL PERSONNEL SE CHARGE DE CETTE ACTIVITÉ ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Personnel spécifiquement en charge/Animateurs	__
B. Médecins	__
C. Infirmiers	__
D. Aides-soignants	__
E. Assistants nutrition	__
F. Sages-femmes	__
G. Responsable de la structure	__
H. Tout personnel de santé en charge de patients malnutris	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PC26. PENSEZ-VOUS QUE LES ACTIVITÉS DE PRISE EN CHARGE SONT SUFFISANTES ?</b> 1. Oui <b>[Si Oui, Allez à PC28]</b> 2. Non	__
<b>PC27. SI PC26=2, A QUOI EST DUE CETTE INSUFFISANCE SELON VOUS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Insuffisance de personnel	__
B. Insuffisance de formation du personnel	__
C. Insuffisance de locaux de prise en charge	__
D. Locaux en mauvais état	__
E. Services surchargés (patients trop nombreux)	__
F. Insuffisance de motivation du personnel de santé	__
G. Insuffisance de matériels anthropométriques	__
H. Insuffisance de fournitures (registres, fiches, stylo, ordonnanciers, ...)	__
I. Ruptures de stock d'intrants nutritionnel	__
J. Rupture de stock de médicaments pour le traitement systématique	__
K. Problème de ravitaillement en intrants nutritionnels	__
L. Problème de ravitaillement en médicaments pour le traitement systématique.	__
M. Difficultés dans le suivi des patients	__
X. Autre (à préciser) : _____	__



<b>III. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION</b>	
<b>PC28. PARMIS LES RÔLES QUE JOUENT LES ORGANES DE PARTICIPATIONS COMMUNAUTAIRES (OPC) LESQUELS ONT UNE INFLUENCE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AU NIVEAU DE VOTRE CENTRE ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Dépistage	__
B. Distribution	__
C. Référencement	__
D. Visites à domicile	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>PC29. QUELS RÔLES PENSEZ-VOUS QUE LES OPC PEUVENT JOUER DANS LE CADRE DE RENFORCEMENT DES PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Dépistage	__
B. Distribution	__
C. Référencement	__
D. Visites à domicile	__
X. Autre (à préciser) : _____	__

<b>IV. SUIVI ET EVALUATION</b>	
<i>[Cette section n'est adressée qu'aux centres qui font la prise en charge]</i>	
<b>SE01. AVEZ-VOUS UN SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE POUR LE SUIVI DES ADMISSIONS ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Allez à SE04]</b>	__
<b>SE02. SI SE01=1, QUELS SONT LES OUTILS DE SUIVI ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Fiches de suivi patients	__
B. Registres de suivi	__
C. Transmissions des données au District Sanitaire	__
D. Transmissions des données à la DRSP	__
E. Transmission des données à la Direction de la Nutrition/SNIS	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>SE03. SI SE01=1, QUEL PERSONNEL EST CHARGÉ DE CE SUIVI ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Personnel spécifiquement en charge/Epidémiologiste/Gestionnaires des données	__
B. Médecin	__
C. Infirmiers	__
D. Aides-soignants	__
E. Sages-femmes	__
F. Assistants nutrition	__
G. Responsable de la structure	__
H. Tout personnel de santé en charge de patients malnutris	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>SE04. AVEZ-VOUS UN SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE POUR LES INDICATEURS DE PERFORMANCE ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Allez à SE06]</b>	__



#### IV. SUIVI ET EVALUATION

IV. SUIVI ET EVALUATION	
<b>SE05. SI SE04=1 QUEL PERSONNEL EST CHARGÉ DE CE SUIVI ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Personnel spécifiquement en charge/Epidémiologiste/Gestionnaires des données	__
B. Médecin	__
C. Infirmiers	__
D. Aides-soignants	__
E. Assistants nutrition	__
F. Responsable	__
G. Sages-femmes	__
H. Tout personnel de santé en charge de patients malnutris	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>SE06. ORGANISEZ-VOUS DES RÉUNIONS DE COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DE LA PCIMA ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Aller SE08]</b>	__
<b>SE07. SI SE06=1, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE CES RÉUNIONS DE COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DE LA PCIMA ?</b> 1. Mensuelle 2. Trimestrielle 3. Semestrielle 4. Annuelle	__
<b>SE08. PARTICIPEZ-VOUS AU SUIVI DES SITES SENTINELLES ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Allez à SE10]</b>	__
<b>SE09. SI SE08=1, COMMENT FAITES-VOUS CE SUIVI ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Collecte de données. (Périmètre Brachial, Poids/taille/âge, œdèmes)	__
B. Distribution des vivres	__
C. Visites à domicile	__
D. Communication des données	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>SE10. PARMIS LES RÔLES QUE JOUENT LES ORGANES DE PARTICIPATIONS COMMUNAUTAIRES (OPC) LESQUELS ONT UNE INFLUENCE SUR LE SUIVI ÉVALUATION DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Visite à domicile (suivi des absences/abandons, suivi des bonnes pratiques nutritionnelles)	__
B. Revue semestrielle	__
X. Autre (à préciser) : _____	__
<b>SE11. QUELS RÔLES PENSEZ-VOUS QUE LES OPC PEUVENT JOUER DANS LE SUIVI ÉVALUATION DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>
A. Visite à domicile (suivi des absences/abandons, suivi des bonnes pratiques nutritionnelles)	__
B. Revue semestrielle	__
X. Autre (à préciser) : _____	__



<b>V. GESTION DES PROGRAMMES ET SYSTEME DE SANTE</b>			
<b>[Si le centre de santé ne fait pas la prise en charge de la malnutrition, NE POSEZ QUE LES QUESTIONS GP03, GP15, GP16, GP17, GP18 et GP19]</b>			
<b>GP01. PENSEZ-VOUS QUE LE PERSONNEL DE VOTRE STRUCTURE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION EST SUFFISANT ?</b> 1. Oui <b>[Si Oui, Allez à GP03]</b> 2. Non		__	
<b>GP02. SI GP01=2, QUELLE EST LA CAUSE DU MANQUE DE PERSONNEL SELON VOUS ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>		<b>1. Oui 2. Non</b>	
A. Mobilité des agents (Mutations/affectations)		__	
B. Personnel non formé		__	
C. Eloignement géographique		__	
D. Zone difficile (accessibilité géographique, insécurité, etc.)		__	
E. Insuffisance de moyen financier		__	
F. Désintéressement des agents de santé		__	
X. Autre (à préciser) : _____		__	
<b>GP03. EXISTE-T-IL UN MÉCANISME DE MOTIVATION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES ET DES RELAIS COMMUNAUTAIRE ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>		<b>1. Oui 2. Non</b>	
A. Logement gratuit		__	
B. Transport gratuit		__	
C. En espèces		__	
D. Autres avantages en nature		__	
X. Autre (à préciser) : _____		__	
<b>GP04. QUI S'OCCUPE DE LA GESTION DES INTRANTS THÉRAPEUTIQUES ?</b> <b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>		<b>1. Oui 2. Non</b>	
A. Personnel spécifiquement en charge/Gestionnaire des stocks/Magasinier		__	
B. COGES		__	
C. Médecin		__	
D. Infirmier		__	
E. Aide-soignant		__	
F. Assistant nutrition		__	
G. Sage-femme		__	
H. Tout personnel de santé en charge de patients malnutris		__	
I. Responsable de la structure		__	
X. Autre (à préciser) : _____		__	
<b>GP05. QUI ASSURE LE RAVITAILLEMENT DE VOTRE ENTITÉ EN INTRANTS THÉRAPEUTIQUES ?</b> <b>[REEMPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE PC02]</b> 1. Dons de partenaires 2. Réapprovisionnement par le CSI 3. Réapprovisionnement par le DS 4. Réapprovisionnement par la DRSP 5. Réapprovisionnement par la Direction de Nutrition 6. Achats par la structure 7. Autre (à préciser) : _____	__	__	__
<b>GP06. DISPOSEZ-VOUS DE MOYENS (LOGISTIQUE, CARBURANT) POUR LE RAVITAILLEMENT EN INTRANTS THÉRAPEUTIQUES ?</b> 1. Oui 2. Non	__		



V. GESTION DES PROGRAMMES ET SYSTEME DE SANTE			
<b>GP07. QUAND ÊTES-VOUS RAVITAILLÉ EN INTRANTS THÉRAPEUTIQUES ?</b> <b>[REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE PC02]</b> 1. Si atteinte du stock de sécurité (stock d'alerte) 2. Si rupture 3. Hebdomadaire 4. Mensuel 5. Bimestriel (chaque 2 mois) 6. Trimestriel	CRENAM	CRENAS	CRENI
<b>GP08. CES RAVITAILLEMENTS SONT-ILS SUFFISANTS ?</b> <b>[REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE PC02]</b> 1. Oui <b>[Si Oui, Allez à GP11]</b> 2. Non, il y a souvent des ruptures 3. Non, pas en période soudure <b>[Allez à GP11]</b>	CRENAM	CRENAS	CRENI
<b>GP09. SI GP08=2, COMBIEN DE FOIS Y A-T-IL EU DE RUPTURE APPROXIMATIVEMENT AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE (2014) ?</b> <b>[REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE PC02]</b>			[Nombre de rupture]
A. CRENAM			_ _ _ _
B. CRENAS			_ _ _ _
C. CRENI			_ _ _ _
<b>GP10. SI GP08=2, EN CAS DE RUPTURE DE STOCK, QUELLE EST SA DURÉE MOYENNE ?</b>			[Nombre de jours]
A. Traitement médicamenteux systématique			_ _ _ _
B. Traitement nutritionnel			_ _ _ _
C. Supplémentation nutritionnelle			_ _ _ _
<b>GP11. VOTRE STRUCTURE DISPOSE-T-ELLE D'UN MAGASIN DE STOCKAGE DES INTRANTS THÉRAPEUTIQUES DESTINÉS AUX MALNUTRIS ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, Aller à GP13]</b>			_
<b>GP12. SI GP11=1, EST-IL (APPROPRIÉ) EN BON ÉTAT ?</b> <b>[PROCÉDER PAR OBSERVATION]</b>			1. Oui 2. Non
A. Propre			_
B. Sec et aéré			_
C. Bien organisé (palette, distance palette/mur respecté(e))			_
D. Pas/peu de nuisibles			_
<b>GP13. LES DATES DE PÉREMPTION DES INTRANTS SONT-ELLES RÉGULIÈREMENT VÉRIFIÉES ?</b> 1. Oui 2. Non			_
<b>GP14. QUE FAITES-VOUS GÉNÉRALEMENT DES PRODUITS PÉRIMÉS ?</b> 1. Ils sont retournés au CSI 2. Ils sont retournés au DS 3. Ils sont retournés à la DRSP 4. Ils sont retournés à la DN 5. Ils sont jetés/détruits 6. Ils sont gardés dans les stocks 7. Ils sont distribués à tous les enfants (même non malnutris)			_
<b>GP15. RECEVEZ-VOUS DES MISSIONS DE SUPERVISION DES ACTIVITÉS DE NUTRITION ?</b> 1. Oui 2. Non <b>[Si Non, aller GP18]</b>			_
<b>GP16. SI GP15=1, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DES MISSIONS DE SUPERVISION PAR NIVEAU ?</b>	1. Mensuelle 2. Bimesuelle 3. Trimestrielle	4. Annuelle 5. Semestrielle 6. Jamais	
A. Du niveau district			_
B. Du niveau régional			_
C. Du niveau national			_



### V. GESTION DES PROGRAMMES ET SYSTEME DE SANTE

<b>GP17. RÉALISEZ-VOUS DES SUPERVISIONS DES ACTIVITÉS COMMUNAUTAIRES DE NUTRITION ?</b>		
1. Mensuelle 2. Trimestrielle 3. Semestrielle 4. Annuelle 5. Non		__
<b>GP18. AVEZ-VOUS REÇU :</b>	<b>1. Oui 2. Non</b>	<b>Temps (en mois)</b>
A. Une formation au protocole de la PCIMA	__	__ __
B. Un recyclage à la PCIMA	__	__ __
<b>GP19. FAITES-VOUS UN PLAIDOYER EN MATIÈRE DE NUTRITION (ÉTAT, ONG, ONU,...) ?</b>		
1. Oui 2. Non		__

### VI. ESTIMATION DES BESOINS

<b>EB01. QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS/CONTRAINTES QUI LIMITENT VOS EFFORTS DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION ?</b>		<b>1. Oui 2. Non</b>
<b>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</b>		
A. Sécheresse récurrente /facteurs extrêmes de changement climatique		__
B. Couverture de structures de prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire		__
C. Ressources humaines et matérielles		__
D. Mobilisation des ressources financières surtout le budget de l'état		__
E. Disponibilité des aliments		__
F. Habitudes alimentaires		__
X. Autre (à préciser) : _____		__
<b>EB02. LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION SE FAIT-ELLE DANS DES LOCAUX SÉPARÉS DES AUTRES PRISE EN CHARGE ?</b>		
<b>[UNIQUEMENT POUR LE CRENI]</b>		
1. Oui 2. Non 3. Non applicable pour les CRENAS/CRENAM		
<b>EB03. PENSEZ-VOUS QU'UNE RÉHABILITATION DE VOS LOCAUX DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION EST NÉCESSAIRE ?</b>		<b>1. Oui 2. Non</b>
<b>[SEULEMENT SI LE CENTRE FAIT LA PRISE EN CHARGE]</b>		
A. Magasin de stockage		__
B. Centre de récupération		__
C. Latrines/Locaux d'hygiènes		__
X. Autre (à préciser) : _____		__
<b>EB04. QUELLE EST LA POPULATION DE L'AIRE DE SANTÉ DE VOTRE STRUCTURE ?</b>		_ _ _ _ _ _ _ _ _  <b>[NOMBRE]</b>
<b>EB05. COMBIEN DE CAS DE MALNUTRITION AVEZ-VOUS TRAITÉ EN 2014 ?</b>		<b>[NOMBRE]</b>
<b>[SEULEMENT SI LE CENTRE FAIT LA PRISE EN CHARGE]</b>		
A. MAM		_ _ _ _ _ _ _ _ _
B. MAS sans complications		_ _ _ _ _ _ _ _ _
C. MAS avec complications		_ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>VI.I. RESSOURCE HUMAINES</b>		



<b>RH01. QUEL EST LE NOMBRE DE PERSONNEL S' OCCUPANT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE ? [SEULEMENT SI LE CENTRE FAIT LA PRISE EN CHARGE]</b>	<b>[NOMBRE]</b> "00" S'IL N'EXISTE PAS
A. Médecin	_ _ _
B. Sage-femme d'Etat	_ _ _
C. Aide-soignant	_ _ _
D. Infirmier de base	_ _ _
E. Infirmier d'Etat	_ _ _
F. Assistants nutrition	_ _ _
G. Nutritionniste	_ _ _
H. Matrone	_ _ _
I. Animateur	_ _ _
J. Assistant social	_ _ _
K. Hygiéniste/Manceuvres	_ _ _
L. Fille de salle	_ _ _
M. Technicien d'hygiène et d'assainissement	_ _ _
N. Agent de santé communautaire	_ _ _
O. Relais communautaires	_ _ _
P. Gardien du magasin	_ _ _
Q. Percepteur	_ _ _
X. Autre (à préciser) : _____	_ _ _
<b>VI.II. STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION</b>	
<b>ST01. DE COMBIEN DE CENTRES ÊTES-VOUS EN CHARGE ? [SEULEMENT SI LE CENTRE FAIT LA PRISE EN CHARGE]</b>	<b>[NOMBRE]</b>
A. CRENAM	_ _ _
B. CRENAS	_ _ _
C. CRENI	_ _ _
D. Centre de prise en charge communautaire	_ _ _
<b>VI.III. MATÉRIEL, ÉQUIPEMENT, LOGISTIQUE</b>	
<b>[FAIRE L'INVENTAIRE POUR L'ENSEMBLE DE LA FORMATION SANITAIRE]</b>	<b>Quantité disponible fonctionnelle [Nombre]</b>
<b>Logistique</b>	
A. Charrette	_ _ _
B. Vélo	_ _ _
C. Moto	_ _ _
D. Pinasse/Pirogue	_ _ _
E. Ambulance	_ _ _
<b>KIT</b>	
A. KIT complet de démonstration diététique	_ _ _ _ _ _ _
B. KIT complet de Thérapie de Réhydratation Orale	_ _ _ _ _ _ _
<b>Locaux</b>	
A. Unité/Bâtiment de prise en charge	_ _ _
B. Magasin de stockage	_ _ _
C. Pharmacie	_ _ _
D. Site foraine sans local	_ _ _
E. Local de site foraine	_ _ _



F. Cuisine/Aire de démonstration	__ __
G. Aire de stimulation	__ __
H. Buanderie/Aire de lavage	__ __
I. Latrines	__ __
J. Point d'eau potable	__ __
<b>Documents</b>	
A. Grille plastifiée poids/taille enfant	__ __
B. Grille plastifiée poids/âge enfant	__ __
C. Protocole plastifié traitement systématique	__ __
D. Protocole de PCIMA	__ __
E. Planche de conseils	__ __
F. Fiche aide-mémoire prise en charge	__ __
G. Fiche de rapport mensuel	__ __
<b>Mobilier</b>	
A. Banc	__ __
B. Table	__ __
C. Tapis/Natte	__ __
D. Chaise	__ __
E. Lit	__ __
F. Matelas	__ __
<b>Matériel anthropométrique</b>	
A. Balance pèse-bébés	__ __
B. Balance/Pèse adulte	__ __
C. Balance salter et accessoires	__ __
D. Poids de vérification	__ __
E. MUAC	__ __
F. Toise enfant	__ __
<b>Matériel de communication</b>	
A. Barphone/megaphone	__ __
B. Radio cassette	__ __
C. Lecteur CD/DVD	__ __
D. Pagivolts	__ __
E. Boite à image	__ __
F. Bande film	__ __
G. Téléviseurs	__ __
H. Vidéo projecteur	__ __
I. Téléphone portable (GSM)	__ __
J. Radio BLU	__ __
K. Téléphone satellitaire	__ __
<b>Matériel stockage des intrants</b>	





**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
DIRECTION DE LA NUTRITION**

A. Traitement du magasin	__ __
B. Palettes	__ __
C. Balais	__ __
D. Tête de loup	__ __
E. Brouette	__ __
F. Râteau	__ __
G. Poubelle	__ __
H. Extincteur	__ __



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
DIRECTION DE LA NUTRITION



VI.IV. INTRANTS				
	STOCK INITIAL AU 31/12/13	TOTAL DES LIVRAISONS AU 31/12/14	QUANTITÉ (STOCK FINAL) AU 31/12/14	NOMBRE DE JOURS DE RUPTURE EN 2014 [SI PRODUIT EXISTE]
<b>Médicaments et antigènes</b>				
A. Amoxicilline CP Soluble	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
B. Ampicilline Flacon 0,5g	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
C. Gentamycine amp 10mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
D. Gentamycine amp 20mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
E. Gentamycine amp 40mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
F. Céfotaxime amp 250mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
G. Ciprofloxacine CP 250 mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
H. Ciprofloxacine CP 500 mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
I. Cloxacilline Cap 500mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
J. Cloxacilline Sirop 125 mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
K. Métronidazole Sirop 40 mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
L. Nystatine Susp 400 000 UI	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
M. Fluconazole CAP 50mg	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
N. Miconazole Crème Tube	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
O. Arthéméter -Lum CP(coartem) 120/20	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
P. ArthéméterInj 20	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Q. ArthéméterInj 40	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
R. Artésunate 50mg Supposi	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
S. Artésunate 200mg Supposi	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
DIRECTION DE LA NUTRITION**



T. Artésunate Injectable 60mg	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
U. SRO Sachet.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
V. Résomal Orale sachet.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
W. Perméthrine Lotion 1%.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
X. Perméthrine Crème 5%.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Y. Furosémide Inj 10mg.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Z. Furosémide CP 40 mg.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
AA. Vaccin anti Rougeole.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
BB. Mébendazole CP 400mg.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
CC. Fer cp 200 mg.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
DD. Acide Folique 5 mg.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
EE. Vitamine A Capsule 200 000 UI...	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<b>Consommables</b>				
A. Seringue.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
B. Soluté Injectable.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
C. Perfuseur.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
D. Transfuseur.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
E. Sonde Naso gastrique.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<b>Aliments thérapeutiques et de supplément</b>				
A. Plumpy-Nut sachet 100 g.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
B. Plumpy-SUPP sachet 100 g .....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
C. Plumpy-Dose sachet 100 g .....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
D. Lait F-75.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
E. Lait F-100.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
DIRECTION DE LA NUTRITION



F. Super Céréales plus Sachet.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
G. Super Céréales Sachet.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
H. CSB Sac 25 kg.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
I. Poudre de Micronutriments Sachet de 100g.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<b>Outils de gestion et fournitures</b>				
A. Carnet de santé.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
B. Registre CRENAM.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
C. Registre CRENAS/CRENI.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
D. Fiche de suivi CRENAM.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
E. Fiche de suivi CRENI.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
F. Stylos.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
G. Fiche de stock.....	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _



### VI.V. FORMATIONS

**FO01. QUEL(S) TYPE(S) DE FORMATION ONT REÇUS CHAQUE PERSONNEL EN CHARGE DES ACTIVITÉS DE NUTRITION ?**

	TYPE DE FORMATIONS REÇUES						
	1. Oui 2. Non						
	PFE	AEN	ANJE	CCC/C4D	PCAC	PCIMA	SUIVI
A. Relai communautaire	__	__	__	__	__	__	__
B. Agent de santé communautaire	__	__	__	__	__	__	__
C. Aides soignant	__	__	__	__	__	__	__
D. Assistant nutrition	__	__	__	__	__	__	__
E. Matrone	__	__	__	__	__	__	__
F. Infirmier de base	__	__	__	__	__	__	__
G. Infirmier d'Etat	__	__	__	__	__	__	__
H. Sage-femme d'Etat	__	__	__	__	__	__	__
I. Nutritionniste	__	__	__	__	__	__	__
J. animateur	__	__	__	__	__	__	__
K. Technicien d'hygiène et d'assainissement	__	__	__	__	__	__	__
L. Assistants sociaux	__	__	__	__	__	__	__
M. Médecins	__	__	__	__	__	__	__
N. Fille de salle	__	__	__	__	__	__	__

### VI.VI. AUTRES ACTIVITÉS

**AA01. QUELS SONT LES BESOINS (FUTURS) DE VOTRE STRUCTURE POUR LES ACTIVITÉ SUIVANTES ?**

	Quantité par ans	Distance totale à parcourir (aller et retour)	Nombre d'agents	Moyens de déplacements 1. Voiture 2. Moto
A. Ravitaillement en intrants <b>[REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE PC02]</b> CRENAS CRENAS CRENI	__ __   __ __   __ __	__ __ __   __ __ __   __ __ __	__ __   __ __   __ __	__
B. Visite à domicile	__ __	__ __ __	__ __	__
C. Foraines	__ __	__ __ __	__ __	__
D. Transfert/Référencement des enfants malnutris	__ __	__ __ __	__ __	__