

9 Anhang

9.1 Erhebungsbögen

nom du malade	date de la consultation 	No. de la consultation	village
---------------	--	---------------------------	---------

à remplir par l'infirmier pendant la consultation:

IDENTIFICATION DU MALADE

Identification:

1	nom du infirmier:	
2	CSPS:	
3	Date de la consultation au CSPS	
4	No. de consultation	
5	nom du malade (nom et prénom):	
6	sexe du malade	
7	âge du malade:	J = jours, S = semaines, M = mois, A = années
8	si il s'agit d'un enfant: nom du père du malade	
9	si il s'agit d'un enfant: nom de la mère du malade	
10	si il s'agit d'une femme, nom du mari du malade	
11	village du malade	12 Quartier:
13	nom du chef de ménage du malade:	
14	si différent du chef du ménage, nom du chef de la concession	
15	ethnie du malade:	

nom du CSPS	date de la consultation:	No. de la consultation:

OBSERVATION DE LA CONSULTATION

Nom de l'observateur:		Nom du superviseur:	
1	Date de la consultation au CSPS		
2	No. de consultation		
3	nom du malade (nom et prénom):		
4	sexe du malade		
5	âge du malade:		J = jours, S = semaines, M = mois, A = années
6	heure début de la consultation	h :	main
7	heure fin de la consultation	h :	main min
8	Est-ce que le malade et l'infirmier parlent la même langue pendant la consultation?	<input type="checkbox"/> CodOuiNo	
	<input type="checkbox"/> Oui, laquelle:		
9	<input type="checkbox"/> Non, est-ce qu'il y a un interprète?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> CodOuiNo
10	Si il y a un interprète, qui est l'interprète?	<input type="checkbox"/> un accompagnant <input type="checkbox"/> un autre agent du CSPS	
	<input type="checkbox"/> autre:		
11	communication verbale	<input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> avec des problèmes	
	description du problème et de son importance:		
12	U.G.	<input type="checkbox"/> pas du tout <input type="checkbox"/> pour l'interrogatoire <input type="checkbox"/> pour l'examen physique <input type="checkbox"/> pour l'interprétation des résultats diagnostique <input type="checkbox"/> pour le choix des médicaments <input type="checkbox"/> pour le choix de la posologie	

nom du CSPS	date de la consultation:	No. de la consultation:

13 Quelles sont les plaintes principales du malade? plusieurs réponses possibles	<input type="checkbox"/> Toux et/ou Dyspnée	cont. fiche I	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Diarrhée	cont. fiche II	
	<input type="checkbox"/> Douleurs à la miction	cont. fiche III	
	<input type="checkbox"/> Sang dans les urines	cont. fiche IV	
	<input type="checkbox"/> Sang dans les selles	cont. fiche V	
	<input type="checkbox"/> Convulsions	cont. fiche VI	
	<input type="checkbox"/> Mal à l'oreille	cont. fiche VII	
	<input type="checkbox"/> Mal aux yeux	cont. fiche VIII	
	<input type="checkbox"/> Mal au ventre	cont. fiche IX	
	<input type="checkbox"/> Fièvre sans autres symptômes	cont. fiche X	
<input type="checkbox"/> autres, si autre, continuer No 14			

remplir No. 14 à 21 seulement pour autres symptômes figurant pas parmi symptômes I à X

14 histoire de la maladie résultat?	<input type="checkbox"/> traduction?	
remarque:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CodQues	CodQues
15 malade déshabillé résultat?		
remarque:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CodEx	CodEx
16 température résultat?		
remarque:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CodEx	CodEx
17 tensiomètre résultat?		
remarque:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CodEx	CodEx
18 poids du malade résultat?		
remarque:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CodEx	CodEx

nom du CSPS	date de la consultation:	No. de la consultation:

19 Auscultation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx
remarque:		

20 Otoscopie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx
remarque:		

21 autres éléments de l'examen clinique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx

22 diagnostic communiqué au malade

	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodDiag
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodDiag
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodDiag
<input type="checkbox"/> diagnostic non communiqué	

23 Quels conseils donnés au malade	<input type="checkbox"/> traduction?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx
remarque:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodEx

24 le malade a été référé ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodOuiNo
à quelle institution?		

nom du CSPS	date de la consultation:	No. de la consultation:
-------------	--------------------------	-------------------------

25 médicaments prescrits

(médicament, voie quantité selon ordonnance)

(posologie et durée selon communication avec le malade)

médicament (nom et dosage)	voie d'application	quantité totale	posologie	durée de traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodMed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodOrd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodApp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodDos
-------------------------------	-----------------------	--------------------	-----------	------------------------	--

médicament (nom et dosage)	voie d'application	quantité totale	posologie	durée de traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodMed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodOrd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodApp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodDos
-------------------------------	-----------------------	--------------------	-----------	------------------------	--

médicament (nom et dosage)	voie d'application	quantité totale	posologie	durée de traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodMed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodOrd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodApp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodDos
-------------------------------	-----------------------	--------------------	-----------	------------------------	--

médicament (nom et dosage)	voie d'application	quantité totale	posologie	durée de traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodMed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodOrd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodApp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodDos
-------------------------------	-----------------------	--------------------	-----------	------------------------	--

médicament (nom et dosage)	voie d'application	quantité totale	posologie	durée de traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodMed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodOrd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodApp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodDos
-------------------------------	-----------------------	--------------------	-----------	------------------------	--

26 prescription	<input type="checkbox"/> sur ordonnancer MEG <input type="checkbox"/> sur papier vierge	
<input type="checkbox"/> sans papier, comment:		

27 explication de la posologie quand?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> pendant la consultation <input type="checkbox"/> après l'achat des médicaments <input type="checkbox"/> autres:	

nom du dépôt	date de l'observation:	No. de observation:
--------------	------------------------	---------------------

OBSERVATION DU DEPOT pour client AVEC ordonnance du CSPS

1	Nom de l'observateur:	Nom du superviseur:
2	nom du gérant	
3	Date de l'observation	
4	No. de l'observation:	
5	heure début de l'achat	h : min.
6	heure fin de l'achat	h : min.
7	No. de l'ordonnance:	(imprimé sur l'ordonnance)
8	CSPS	
9	Date de consultation au CSPS	
10	No. de consultation:	(écrit à main par l'infirmier)
11	nom du malade:	Rang
12	sexe du malade	
13	âge du malade:	J = jours, S = semaines, M = mois, A = années

14 Médicaments prescrits sur l'ordonnance:

medicament	mode d'application	quantité

15 Médicaments achetés

medicament (nom et dosage)	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> injection <input type="checkbox"/> pommade	quantité	prix	<input type="checkbox"/> CodMed <input type="checkbox"/> CodApp <input type="checkbox"/> CodAch _____ pri x

nom du dépôt	date de l'observation:	No. de observation:
		x
16		prix

nom du dépôt	date de l'observation:	No. de observation:
--------------	------------------------	---------------------

17 autres dépenses et achats (p.ex. consultation, seringues etc.):

	prix	_____pri x
18	somme total de l'achat:	_____pri
19		_____pri

19	Est-ce que l'achat diffère de la prescription?	<input type="checkbox"/> Non (cont. 27) <input type="checkbox"/> Oui (cont. 21)	<input type="checkbox"/> Cod <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No
----	--	--	---

21	L'initiative de ne pas suivre l'ordonnance vient	
	<input type="checkbox"/> du client (cont. 22)	
	<input type="checkbox"/> du fait que le médicament n'était pas en stock (cont. 23)	
	<input type="checkbox"/> du gérant (cont. 24)	

22	pourquoi le client ne veut pas acheter comme ordonné? (cont. 24)	
----	---	--

23	Quels étaient les médicaments qui étaient pas en stock? (cont. 24)	
----	---	--

24	Est-ce que le gérant donne des conseils au client concernant le choix médicament qu'il doit acheter?	<input type="checkbox"/> Non (cont. 27) <input type="checkbox"/> Oui (cont. 25)	<input type="checkbox"/> Cod <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No
----	--	--	---

25	quels sont les arguments du gérant?	
----	-------------------------------------	--

26	Est-ce que le client suit le conseil du gérant?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Cod <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No
----	---	---	---

27	est-ce que le gérant a expliqué au patient comment il doit prendre les médicaments?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Cod <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No
	commentaire:		

28	ACC? 1-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	----------	--------------------------	--------------------------

nom du dépôt	date de l'observation: 	No. de observation:
commentaire:		

nom du CSPS	date de la consultation:	No. de la consultation:

II. DIARRHÉE

nom du malade	Nom de superviseur:	
Interrogatoire		
1 Combien de selles le malade a-t-il par jour? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
remarque	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
2 Est-ce que les selles sont liquide? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
remarque	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
3 Est-ce que les selles sont comme de l'eau de riz? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
remarque	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
4 Est-ce que les selles sont glaireuses? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
remarque	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
5 Est-ce que les selles sont sanguinolentes? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
remarque	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
6 Est-ce que le malade a de la fièvre? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
remarque	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
7 La diarrhée existe depuis combien de temps? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
remarque	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
8 Est-ce que le malade a des épisodes de diarrhée répétées? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
remarque	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
9 Autres éléments de l'interrogatoire		
	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues
	<input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> CodQues

nom du CSPS	date de la consultation:	No. de la consultation:

Examen clinique

10 Malade déshabillé		
résultats		
remarque:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
11 plis cutanés?		
résultats		
remarque:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
12 température		
résultats		
remarque:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
13 Inspection de la bouche		
résultats		
remarque:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
14 périmètre brachial		
résultats		
remarque:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
15 poids		
résultats		
remarque:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
16 pourcentage poids/âge		
résultats		
remarque:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
17 pourcentage poids/taille		
résultats		
remarque:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
18 Autres éléments de l'examen clinique		
examen:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
résultats:		
remarque:		
examen:	<input type="text"/> CodEx	<input type="text"/> CodEx
résultats:		
remarque:		

N.B.: repartir à la question No. 22 du document „observation de la consultation“

nom du CSPS	date de la consultation:	No. de la consultation:
-------------	--------------------------	-------------------------

VL CONVULSIONS

nom du malade	Nom de superviseur:
---------------	---------------------

Interrogatoire

1	Est-ce que le malade a de la fièvre? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
	remarque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues
2	Est-ce que le malade a eu un trauma crânien? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
	remarque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues
3	Est-ce que le malade a déjà eu des crises pareilles? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
	remarque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues
4	Est-ce que le malade a des céphalées? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
	remarque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues
5	Est-ce que le malade a vomit? résultats?	<input type="checkbox"/> traduction?	
	remarque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues
6	Autres éléments de l'interrogatoire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CodQues