

# GRILLE D’EVALUATION OFFRE DE SERVICES DE PF DANS LE POSTPARTUM

Date :

Heure de début :

Heure de fin :

## INFORMATIONS GENERALES

### SECTION 1 : UTILISATEUR DE LA GRILLE

Prénom et Nom :
Fonction :
Organisation/Structure :

### SECTION 2 : IDENTIFICATION DE LA FORMATION SANITAIRE

<b>PAYS:</b> _____	<b>VILLE :</b> _____
<b>DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE DE</b> _____	<b>STATUT DE LA STRUCTURE</b>  __
<b>ZONE SANITAIRE DE</b> _____	1 = PUBLIC
<b>NOM DE LA STRUCTURE</b> _____	3 = CONFESIONNEL
<b>TYPE DE STRUCTURE</b> .....  __	2 = PRIVE
1 = CENTRE DE SANTE	4 = PARAPUBLIC (DEFENSE, POLICE.....)
2 = HOPITAL PUBLIC	<b>POSITION</b>  __
3 = HOPITAL PRIVE	<b>GEOGRAPHIQUE</b> .....
4 = CABINET MEDICAL	1 = URBAIN
5 = CABINET D’ACCOUCHEMENT	2 = RURAL
6 = CENTRE DE SANTE A VOCATION HUMANITAIRE	

# EVALUATION DE L'OFFRE DE SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE

## SECTION 3 : SERVICES DE PF ET PERSONNEL DISPONIBLES DANS LA STRUCTURE

	Cocher ici si la méthode est disponible	Médecins		Sage-femme		Infirmier(e)		Autres (préciser)	
		Nombre Total :		Nombre Total :		Nombre Total :		Nombre Total :	
		# de personnes fournissant des services	# formés	# de personnes fournissant des services	# formés	# de personnes fournissant des services	# formés	# de personnes fournissant des services	# formés
Counseling en PF									
Insertion du DIU dans l'intervalle									
Insertion du DIU dans postpartum placentaire ou immédiat									
Insertion du DIU après avortement									
Insertion du DIU per césarienne									
Retrait du DIU									
Insertion des implants									
Insertion postpartum des implants									
Retrait des implants									
GAP en formation									

## SECTION 4 : EMBLACEMENT DES SERVICES

Éléments à vérifier	
Où le counseling en PF est-il effectué dans la structure ? (Cocher tout ce qui s'applique)	<input type="checkbox"/> Salle CPN <input type="checkbox"/> Salle de Travail ou accouchement <input type="checkbox"/> Salle de post-partum <input type="checkbox"/> Salle CPON <input type="checkbox"/> Salle PF <input type="checkbox"/> Autre (Préciser)
Où sont fournies les méthodes de PF dans cette structure sanitaire ? (Cocher tout ce qui s'applique)	<input type="checkbox"/> Salle CPN <input type="checkbox"/> Salle de Travail ou accouchement <input type="checkbox"/> Salle de post-partum <input type="checkbox"/> Salle CPON <input type="checkbox"/> Salle PF <input type="checkbox"/> Autre (Préciser)
Des services PFPP sont-ils fournis dans cet établissement de santé ? (Avant que la cliente ne sorte de l'établissement de santé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si des services de PFPP immédiat sont fournis, quelles sont les méthodes qui sont mises à la disposition des femmes immédiatement après l'accouchement et avant la sortie de l'établissement de santé ?	<input type="checkbox"/> LT / Minilap <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implants <input type="checkbox"/> Injectables <input type="checkbox"/> Pilules <input type="checkbox"/> MAMA

	<input type="checkbox"/> Préservatifs <input type="checkbox"/> Autre
--	---

## SECTION 5 : INFRASTRUCTURE / EQUIPEMENT / FOURNITURES DISPONIBLES POUR LES SERVICES DE PF DANS LE POST-PARTUM

VERIFIER SI LES EQUIPEMENTS CI-DESSOUS SONT DISPONIBLES DANS l'unité PF		Disponibilité		Fonctionnalité		Observations
		Oui	Non	Oui	Non	Préciser le nombre
EQUIPEMENTS						
1.	Table gynécologique avec étriers	_	_	_	_	
2.	Escabeau	_	_	_	_	
3.	Tabouret à hauteur réglable	_	_	_	_	
4.	valve de Sims (préciser le nbre de kit)	_	_	_	_	
5.	pince de Kelly (préciser le nbre de kit)	_	_	_	_	
6.	pince à cœur(préciser le nbre de kit)	_	_	_	_	
7.	Kit d'insertion/retrait Implants	_	_	_	_	
8.	Kit d'insertion DIUPP	_	_	_	_	
9.	Boite à pince	_	_	_	_	
10.	Cupules	_	_	_	_	
11.	Modèles anatomiques	_	_	_	_	
12.	Pèse personne	_	_	_	_	
13.	Lampe baladeuse	_	_	_	_	
14.	Pissette	_	_	_	_	
15.	Tensiomètre	_	_	_	_	
16.	Stéthoscope médical	_	_	_	_	
17.	Plateau rectangulaire en inox	_	_	_	_	
18.	Haricot	_	_	_	_	
19.	Chariot	_	_	_	_	
20.	Champs	_	_	_	_	
21.	Verre à pied	_	_	_	_	
22.	Tambour moyen pour gants d'examen et doigts	_	_	_	_	
23.	Tambour petit modèle pour coton et compresses	_	_	_	_	

PRODUITS ET CONSOMMABLES						
24.	Gants d'examens	_	_	_	_	
25.	Désinfectant (chlore à 0,5%)	_	_	_	_	
26.	Gants steriles	_	_	_	_	
27.	Antiseptique (Chlorhexidine, povidone, alcool, etc.)	_	_	_	_	
28.	Seaux en plastique pour décontaminer les instruments usagés	_	_	_	_	
29.	Chaudière / autoclave	_	_	_	_	
30.	Poubelles à code couleur	_	_	_	_	
31.	Détergent pour nettoyer les instruments	_	_	_	_	
32.	Brosse pour laver les instruments	_	_	_	_	
33.	Méthode appropriée pour l'élimination des déchets (fosse, incinérateur, sous-traitance)	_	_	_	_	
INFRASTRUCTURES						
34.	Les informations sur PFPP sont affichées sont fournis	_	_	_	_	
35.	Approvisionnement en eau là où les services de PFPP sont fournis	_	_	_	_	
36.	Sources lumineuses où les services de MLDA	_	_	_	_	
37.	Salle d'examen qui préserve l'intimité	_	_	_	_	
38.	Rideaux / écran pour la confidentialité	_	_	_	_	
PRODUITS CONTRACEPTIFS						
39.	DIU (Copper T380A)	_	_	_	_	
40.	Implant (un bâtonnet)	_	_	_	_	
41.	Implant (deux bâtonnets)	_	_	_	_	

## SECTION 6 : ARCHIVAGE ET EXTRACTION DES DONNEES

Outils à vérifier	Il y a un espace pour noter si la cliente a reçu un counseling en PF ?		Il y a un espace pour noter si la cliente a reçu une méthode de PF ?		Il y a un espace pour noter la méthode reçue ?		Remarques
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	
<b>CONSULTATIONS PRENATALES</b>							
Registre de CPN							
Carnet de santé conservé par la cliente							
Dossier de la cliente conservé dans la structure							
<b>ACCOUCHEMENT</b>							
Registre de maternité / accouchement							
Carnet de santé conservé par la cliente							
Registre de SAA							
Dossier d'accouchement							
<b>SERVICES DE PF</b>							
Registre de PF							
Carte de rendez-vous conservé par la cliente							
Dossier de la cliente conservé dans la structure							
<b>CPON</b>							
Registre CPON							
Carnet de santé conservé par la cliente							

## SECTION 7 : SERVICES FOURNIS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

INDICATEURS	Nombre pour chacun dans les 3 derniers mois			
	Janvier 2020	Février 2020	Mars 2020	TOTAL
Nombre total d'accouchements				
<i>Accouchements normaux</i>				
<i>Accouchements par césarienne</i>				
Clientes de SAA				
Nombre de clientes avec :				
DIU				
<i>DIUPP immédiat</i>				
<i>DIU après avortement</i>				
<i>DIU d'intervalle</i>				
Tous les implants				
<i>Implant PP immédiat</i>				
<i>Implant Après avortement</i>				
<i>Implant d'intervalle</i>				

## SECTION 8 : REFERENCE

Recevez-vous des clientes référées par d'autres établissements de santé pour les services de PFPP (immédiat ou dans les 12 mois) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, Environ combien de clientes de PFPP ont été référées d'autres établissements au cours des trois derniers mois ?	
Recevez-vous des clientes référées par des agents de santé communautaires pour des services de PFPP ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, environ combien de clientes pour la PFPP ont été référées par des agents de santé communautaires au cours des 3 derniers mois ?	
Référez-vous les clientes pour la PFPP à d'autres établissements de santé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi ?	

## OBSERVATION DES COMPETENCES DES PRESTATAIRES

Cette section fait la synthèse des Observations des compétences des prestataires sur la base des différentes grilles d'observations.

Compétences techniques	Nombre de prestataires observés	Nombre de cas observés	Nombre de Cas traités avec succès (ayant un scoring supérieur ou égal à 80%)	Nombre de cas simulés avec succès (ayant un scoring supérieur ou égal à 80%)	Observations
<b>Counseling</b>					
Counseling PFPP en CPN					
Counseling PFPP en phase de latence					
Counseling en post-partum immédiat					
<b>Insertion DIU et implants</b>					
DIU d'intervalle					
DIU Post-partum					
DIU après avortement					
Insertion de l'implant					
Retrait de l'implant					

	Observation N°1	Observation N°2	Observation N°3	Observation N°4
<b>Date de la dernière formation</b>				

# PLAN D'ACTION

Gap identifié	Explication du gap	Action à entreprendre	Résultat attendu	Délai de réalisation	Personne responsable

**LISTE DE VERIFICATION POUR LE COUNSELING EN PFPP**