Ce formulaire devrait être complété par un membre de l’équipe responsable de la supervision des infirmiers e poste centres de santé. Le superviseur devrait visiter chaque village avant le premier cycle d’administration de CPS chaque année, interroger un agent de santé communautaire choisi au hasard par village et vérifier les informations fournies.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date | District | Centre de danté |
| │\_│\_│ │\_│\_│ │\_│\_│ | …………………………………………. | ………………………………………. |
| Village | Nom du superviseur | Nom de l’agent de santé |
| ……………………….………………. | ………………………………………….. | ………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| Cycle de CPS | │\_│ Mois 1 |
| │\_│ Mois 2 |
| │\_│ Mois 3 |
|  |
| Nombre estimé d’enfants de moins de 5 ans dans la localité | │\_│\_│\_│\_│\_│ |
| Nombre d’agents de santé communautaires dans la localité | │\_│\_│\_│ |
| Nombre d’agents de santé communautaires ayant reçu une formation pour administrer la CPS | │\_│\_│\_│ |
| Tous les agents de santé communautaires dans la localité ont-ils une connaissance suffisante de la stratégie de la CPS ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
|  |
| Une sensibilisation à la CPS a-t-elle été organisée dans la localité ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| Le matériel nécessaire à la sensibilisation a-t-il été présenté ou distribué dans la localité ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| La communauté est-elle au courant du programme de mise en œuvre de la CPS ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| Une formation a-t-elle été organisée pour instruire les parents ou tuteurs d’enfants sur la façon d’administrer les médicaments ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| Les membres de la communauté sont-ils impliqués dans les activités de sensibilisation ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| La communauté a-t-elle été informée de la date d début de la mise en œuvre de la CPS ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
|  |
| L’agent de santé possède-t-il les documents pertinents pour la mise en œuvre de la CPS (instructions) ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| L’agent de santé possède-t-il le matériel nécessaire à la sensibilisation ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| L’agent de santé a-t-il des stocks de médicaments pour la mise en œuvre de la CPS ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| L’agent de santé a-t-il un registre ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| L’agent de santé a-t-il des cartes de CPS pour les parents ou tuteurs d’enfants ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |
| L’agent de santé a-t-il des formulaires pour la gestion des médicaments utilisés pour la CPS ? | │\_│ Oui | │\_│ Non |

Remarques du superviseur: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………