

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL A LA SANTE
DIRECTION DE DEVELOPPEMENT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

ORDINOGRAMMES DES SOINS AU CENTRE DE SANTE

REPRODUIT AVEC L'ASSISTANCE

AOUT 2017

INSTRUCTIONS POUR L'UTILISATION DES ORDINOGRAMMES

INTRODUCTION

Pour réduire la morbidité et la mortalité élevées que connaît la République Démocratique du Congo, il faut offrir à la population de l'aire de santé les services minimums de qualité définis dans le PMA. Parmi ces services, il y a les prestations qui permettent de prendre en charge les phénomènes morbides qui surviennent. Le présent document constitue un guide de prise en charge des phénomènes morbides selon l'approche syndromique, même s'il est préconisé dans certaines circonstances de recourir aux examens de laboratoire pour asseoir le diagnostic.

Ce document est destiné aux prestataires du niveau de Centre de Santé (CS).

Ce document a 4 parties réparties en : plaintes l'enfant de 0 – 5 ans, plaintes de la femme, plaintes générales et plaintes spécifiques.

Chaque partie regroupe un ensemble des ordinogrammes ; chaque ordinogramme correspond à une plainte dite « plainte dominante ou principale » et a des portes d'entrée, la première colonne des symboles située à gauche de la page, qui permettent d'exploiter le maximum des problèmes liés à l'ordinogramme et déterminent la conduite à tenir pour chaque problème.

UTILISATION D'UN ORDINOGRAMME

- a) Il faut obligatoirement procéder, après l'interrogatoire du (de la) malade, à un examen clinique approfondi qui orientera les actions à entreprendre.
- b) Après l'interrogatoire et l'examen clinique approfondi, cerner, parmi les plaintes présentées par le (la) malade, une plainte dominante qui permet au prestataire d'identifier l'ordinogramme intéressé. La plainte dominante peut être un symptôme subjectif ou un symptôme objectif.
- c) Les autres plaintes (symptômes subjectifs et objectifs) présentées par le (la) malade, qualifiées des « plaintes secondaires ou signes d'orientation », et les résultats des examens de laboratoire indiqués permettront d'indiquer la porte d'entrée qui conduit au problème et à la conduite à tenir. S'il arrive qu'il y ait une « plainte secondaire » qui ne figure pas dans une des portes d'entrée de l'ordinogramme, il faudra se référer dans ce cas à l'ordinogramme correspondant à cette plainte.
- d) Pour chaque ordinogramme retenu pour un (une) malade, il est recommandé d'exploiter toutes les portes d'entrée en commençant par la première porte d'entrée et terminer par la dernière porte d'entrée.
- e) Pour les enfants de 0 à 5 ans, l'approche de prise en charge étant intégrée, il est recommandé pour chaque enfant malade d'exploiter tous les ordinogrammes concernant l'enfant sans tenir compte de la plainte dominante.
- f) Il est préférable de disposer au Centre de Santé de tous les médicaments et matériels nécessaires pour les soins indiqués dans le symbole concernant le traitement ou conduite à tenir (CAT).

Les étapes à parcourir lors de l'utilisation d'un ordinogramme seront :

- a) Accueillir le (la) malade ;
- b) Interroger et examiner le (la) malade pour retenir la plainte dominante (plainte principale) et identifier les plaintes secondaires ;
- c) Se référer à l'ordinogramme correspondant à la plainte dominante et pour l'ordinogramme retenu, exploiter les différentes portes d'entrée, une après une, en commençant par la première pour terminer par la dernière ;
- d) Pour chaque porte d'entrée, selon la signification de chaque symbole utilisé, réaliser les étapes suivantes ;
- e) Evaluer ou rechercher les autres signes secondaires ou signes d'orientation,
- f) Classer ou diagnostiquer le problème de santé,
- g) Traiter ou appliquer la conduite à tenir indiquée.

1. L'ACCUEIL DU MALADE

C'est l'étape initiale de tout acte médical. Il est capital et décisif. C'est le point de départ de l'empathie ou de l'affectivité dont l'Agent de santé doit faire preuve, à partir de l'écoute du malade, de son identification et du partage de ses problèmes.

Cette empathie est indispensable pour le succès des ordinogrammes : l'Agent de santé doit se mettre à la place du malade pour mieux cerner toutes les dimensions du problème qui l'amène. De la qualité de l'accueil dépendra la confiance qu'aura le malade vis à vis de l'agent de Santé. Il devra bien accueillir le malade, avec sourire, le faire asseoir ou le faire coucher confortablement et le mettre à l'aise dans un environnement garantissant la confidentialité auditive et visuelle.

2. L'INTERROGATION DU MALADE

- L'Agent de Santé doit d'abord laisser parler le malade/l'accompagnant et lui poser des questions d'éclaircissement ou de précision jugées nécessaires.
- Il notera la (les) plainte (s) du malade.
- Chez l'enfant de 1 semaine à 5 ans, l'agent de santé évaluera systématiquement tous les symptômes en rapport avec les problèmes prioritaires de santé de l'enfant, à savoir : les signes généraux de danger, la toux, la diarrhée, la fièvre, le mal à l'oreille, la pâleur palmaire, les problèmes d'alimentation, l'état vaccinal, la supplémentation en Vit A, et les autres problèmes mentionnés ou présentés par la mère.
- Tandis que chez l'adulte et l'enfant > 5 ans, bien qu'ayant noté les plaintes du malade, l'Agent de santé tâchera de cerner le symptôme dominant ou principal. Et c'est l'ordinogramme du symptôme dominant qui sera d'abord abordé. Souvent, les autres plaintes énumérées sont des symptômes secondaires ou associés à la plainte principale ou signes d'orientation, qui aideront à déterminer la porte d'entrée à retenir et à poser le diagnostic ou à classer le problème de santé.

Chaque ordinogramme porte un numéro. Et pour un ordinogramme, chaque porte d'entrée porte aussi un numéro qui est précédé du numéro de l'ordinogramme concerné. Pour une porte d'entrée qui a plusieurs branches, chaque branche porte aussi un numéro qui est précédé par le numéro de la porte d'entrée.

3. EVALUER OU RECHERCHER.

- A la partie gauche de chaque ordinogramme, se trouvent les portes d'entrées, qui sont numérotées, en relation avec le n° de l'ordinogramme (par exemple, si l'ordinogramme porte le numéro 5, les portes d'entrées porteront le n° 5.1, 5.2, 5.3, etc....)
- Chaque porte d'entrée aboutit aux branches qu'on empruntera pour parvenir au diagnostic ou classement du problème de santé.
- La porte d'entrée et les branches sont constituées, soit par des interrogations d'anamnèse, soit par des gestes d'examen clinique, soit par des examens de labo, selon que l'ordinogramme l'indiquera.
- Le « oui » à la question posée orientera à poursuivre la branche vers la droite. Tandis que le « non » orientera vers l'étage inférieur.
- L'examen clinique du malade est très important. Car, en plus du fait qu'il aide à découvrir des signes associés ou secondaires qui aident au diagnostic, il contribue aussi à mettre en confiance le malade vis-à-vis de l'agent de santé.

Mais, pour être efficaces, les gestes à poser sont orientés par l'ordinogramme. Il ne faut donc jamais terminer le contact avec un malade sans l'avoir touché, soit pour palper s'il a la fièvre (chaud au toucher), soit pour vérifier s'il a une pâleur conjonctivale ou palmaire, soit pour compter la fréquence respiratoire chez l'enfant, etc. selon que l'ordinogramme le renseigne.

4. CLASSER OU DIAGNOSTIQUER LE PROBLEME DE SANTE.

Etant donné que de Diagnostic au centre de Santé est surtout de présomption, nous utilisons le vocable classement à la place du diagnostic.

Le classement des problèmes de santé (ou le diagnostic) est très important pour la surveillance épidémiologique et la surveillance des problèmes de santé. Il est donc très important d'inscrire le classement dans le Registre des consultations, en marquant aussi le numéro de la porte d'entrée(ou de la branche) correspondant au diagnostic.

5. TRAITER OU APPLIQUER LA CONDUITE A TENIR INDIQUEE.

C'est la sortie de l'ordinogramme. Selon le cas, le malade sera soit référé, soit soigné au Centre de Santé, selon les instructions de l'ordinogramme.

Si le malade doit être référé, il est important de donner le traitement PRE-REFERENCE s'il est mentionné, et sensibiliser le malade ou sa famille sur l'intérêt de la référence. Il faudra consigner l'information dans le Cahier de référence, ensuite remplir la fiche de référence qui accompagnera la malade. L'HGR, après avoir soigné le cas, devra faire une CONTRE-REFERENCE au Centre de Santé.

REMARQUES IMPORTANTES

a) Le voyage d'une porte d'entrée à une autre dans un ordinogramme.

- Pour bien évaluer la maladie, il ne faut pas se limiter à une seule porte d'entrée qui a dirigé vers le « oui »
- Il est possible que l'étage immédiat soit un « non » par rapport aux symptômes que le malade peut présenter.
- Mais, d'autres portes d'entrée aux étages inférieures peuvent concerner le malade.
- C'est pourquoi il est recommandé d'exploiter ou de parcourir toutes les portes d'entrée pour un ordinogramme. Donc, il est important que l'Agent de Santé vérifie si les portes d'entrée des étages inférieures ne sont pas concernées.

b) L'Agent de Santé ne manquera pas de vérifier, chaque fois, la présence des problèmes prioritaires de santé qui sont responsables des fortes morbidités et mortalité actuelles en RDC, à savoir :

1) Fièvre et/ou Céphalées (Suspicion du Paludisme, THA) 2) Toux (présomption TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA, Malnutrition)

Et tous les problèmes définis dans le PMA.

Si la réponse est oui, l'Agent de Santé devra examiner les ordinogrammes correspondants.

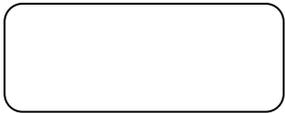
LA LEGENDE POUR LES SYMBOLES UTILISES



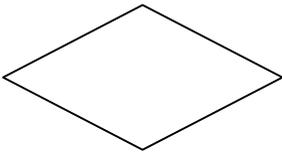
Evaluer, Rechercher



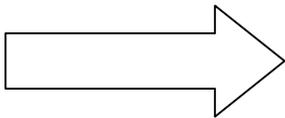
Classer (Diagnostiquer)



Traiter. Attitude recommandée pour la prise en charge du problème identifié ou classé



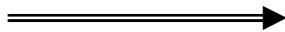
Evolution après le traitement



Référer



Branche à suivre selon le oui (la droite) et le non (à l'Etage inférieure)



Double flèche pour attirer l'attention de l'Agent de Santé que le Cas doit être référé sans faute



Trait gras, signifiant que cette branche doit être suivie et vérifiée obligatoirement sans tenir compte de oui ou du non.

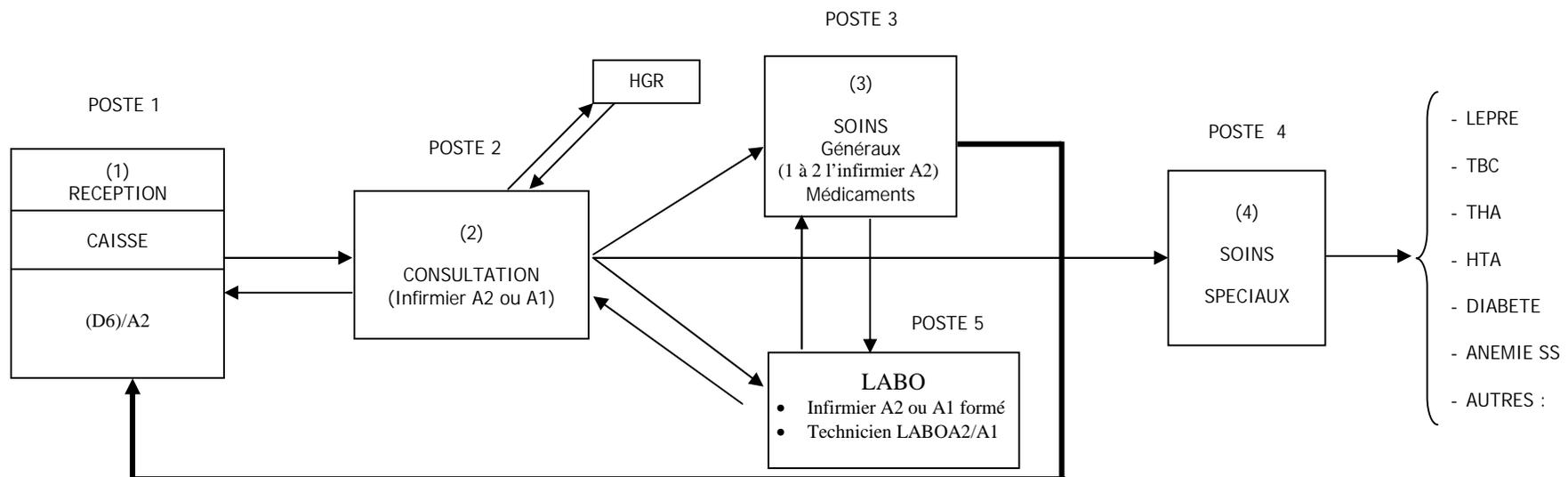
ORGANISATION DES SOINS CURATIFS AU CENTRE DE SANTE

Les 4 postes retenus dans l'organisation des soins curatifs au niveau du CS sont :

1. Réception
2. Consultation
3. Administration des Soins
4. Laboratoire.

Ces postes doivent être identifiés au CS avec des affiches claires. La réception doit se situer à l'entrée du centre de santé.

I. STRUCTURE



II. TACHES

POSTE 1 :

- * RECEPTION :
 - Accueil (banco, courtoisie, informations aux malades, écoute)
 - Fiches de malades / CPN / CPS
 - Remplissage des registres ad. Hoc
 - Orientation des cas
 - Détection des cas urgents
 - Rapport hebdomadaire de service
- * CAISSE :
 - Perception des frais (Vente fiche, et Médicaments)
 - Délivrance quittance
 - Rapport de caisse (Versement + cahier de caisse)

POSTE 2 : CONSULTATION

- Accueil
- Recevoir les plaintes des patients
- Appliquer l'ordinogramme (Plaintes Principales – Stratégie – Traitement)
- Conseils aux malades et informations aux relais communautaires
- Orientation des cas.
- Rapport hebdomadaire de service et mensuel
- Gestion des médicaments du centre de santé et des vaccins

POSTE 3 : * SOINS :

- Dispenser les soins prescrits à la consultation
- Conseils pour les soins à domicile et communication pour le changement de comportement
- Surveillance malade mis en traitement
- Orientation des cas
- Rapport hebdomadaire de service

POSTE 4 : * LABO :

- Réception des bons de laboratoire
- Conseil aux malades.
- Prélèvement des échantillons
- Examen des échantillons
- Rapport hebdomadaire de laboratoire et mensuel
- Orientation des cas (réorientation des malades vers la consultation)

Table des matières

INSTRUCTIONS POUR L'UTILISATION DES ORDINOGRAMMES.....	2
INTRODUCTION	2
UTILISATION D'UN ORDINOGRAMME	2
REMARQUES IMPORTANTES.....	4
LA LEGENDE POUR LES SYMBOLES UTILISES.....	5
ORGANISATION DES SOINS CURATIFS AU CENTRE DE SANTE.....	6
LIVRET DES TABLEAUX.....	11
TITRE I : PLAINTES DE L'ENFANT	79
I. PLAINTES DE L'ENFANT DE 0 A 2 MOIS	81
1.1.1. ABSENCES DE CRIS A LA NAISSANCE	82
1.1.2. CONJONCTIVITE NEONATALE	83
1.1.3. TROUBLES DE COLORATION DES TEGUMENTS CHEZ LE NOUVEAU-NE	84
1.1.4. VARIATION THERMIQUE CHEZ LE NOUVEAU-NE	85
1.1.5. MALADIE TRES GRAVE OU INFECTION BACTERIENNE	86
1.1.6. DIARRHEE.....	87
1.1.7. PROBLEMES D'ALIMENTATION OU INSUFFISANCE PONDERALE	88
1.1.8. PROBLEMES LIES A L'ALIMENTATION DU NOURRISSON MALADE (0-2MOIS)	89
1.1.9. MALNUTRITION.....	90
1.1.10. EVALUATION DE L'ETAT VACCINAL DU NOURRISSON	90
1.1.11. DREPANOCYTOSE.....	90
1.1.12. TUBERCULOSE	91
1.1.13. VIH/SIDA	91
1.1.14. TRYPANOSOMIASE	91
1.1.15. AUTRES SIGNES	91
II. SANTE DE L'ENFANT DE 2 MOIS - 59 MOIS	92
1.2.1. SIGNES GENERAUX DE DANGER.....	93
1.2.2. TOUX OU DIFFICULTE RESPIRATOIRE	93
1.2.3. DIARRHEE.....	95
1.2.4. FIEVRE.....	98
1.2.5. PROBLEME D'OREILLE	100
1.2.7. DREPANOCYTOSE.....	103
1.2.8. MALNUTRITION (6-59 mois)	104
2.1. PLAINTES GENERALES DE LA FEMME (en dehors de la grossesse ou pendant la grossesse connue)	112
2.1.1. DOULEURS PELVIENNES SANS RETARD DE REGLES CONNU	112
2.1.2. ECOULEMENT VAGINAL (Pertes vaginales)	114
2.1.3. HEMORRAGIE GENITALE EN DEHORS D'UNE GROSSESSE CONNUE.....	116
2.1.4. PRURIT GENITAL CHEZ LA FEMME (Prurit vulvo-vaginal)	119
2.2. PLAINTES SPECIFIQUES DE LA FEMME ENCEINTE.....	121
2.2.1. CEPHALEES ET VERTIGES CHEZ LA FEMME ENCEINTE	121

2.2.2.	DOULEURS PELVIENNES AVEC NOTION DE RETARD DE REGLES.....	125
2.2.3.	FIEVRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE	129
2.2.4.	HEMORRAGIE PENDANT LA GROSSESSE.....	130
2.2.5.	MOUVEMENTS FŒTAUX ABSENTS OU NON RESSENTIS.....	135
2.2.6.	ŒDEMES DES MEMBRES INFERIEURS CHEZ LA FEMME ENCEINTE	136
2.2.7.	PLAINTE D'UNE VIOLENCE SEXUELLE	137
2.2.8.	LES HYDRORRHEES (PERTES DES EAUX CHEZ LA FEMME ENCEINTE)	140
2.2.9.	TRAVAIL PROLONGE.....	141
2.2.10.	TROUBLES URINAIRES CHEZ LA FEMME ENCEINTE	142
2.2.11.	VOMISSEMENTS CHEZ LA FEMME ENCEINTE	143
2.3.	PLAINTES DU POST-PARTUM	144
2.3.1.	Agitations chez la mère en post-partum	144
2.3.2.	DOULEURS AU BAS-VENTRE EN POST-PARTUM.....	146
2.3.3.	FIEVRE DU POST-PARTUM	147
2.3.4.	HEMORRAGIE GENITALE DU POST-PARTUM	148
2.3.5.	PERTES ANORMALES CHEZ LA MERE EN POST-PARTUM	151
2.3.6.	TROUBLES DE L'ALLAITEMENT	152
TITRE III	: PLAINTES GENERALES.....	154
3.1.	AMAIGRISSEMENT	155
3.2.	CEPHALEES	159
3.3.	DECOUVERTE FORTUITE DES CHIFFRES TENSIONNELS ELEVES	162
3.4.	COMA	163
3.5.	CONSTIPATION	165
3.6.	CONVULSION CHEZ L'ENFANT > 5 ANS et L'ADULTE	166
3.7.	DIARRHEE CHEZ L'ENFANT >5 ANS ET L'ADULTE.....	169
3.9.	DOULEURS ET/OU GONFLEMENT ARTICULAIRE	175
3.10.	DYSPNEE CHEZ L'ENFANT > 5 ANS ET L'ADULTE	179
3.11.	FIEVRE CHEZ ENFANT > 5 ANS ET L'ADULTE	182
3.12.	FIEVRE PROLONGEE	185
3.13.	GONFLEMENT GANGLIONNAIRE	187
3.14.	ICTERE/JAUNISSE CHEZ L'ENFANT > 5 ANS ET L'ADULTE	189
3.15.	INTOXICATION.....	191
3.16.	MAL A LA GORGE.....	192
3.17.	MAL A L'OREILLE CHEZ L'ENFANT >5 ANS ET L'ADULTE.....	193
3.18.	MAL AU THORAX	195
3.19.	ŒDEMES DES MEMBRES INFERIEURS	198
3.20.	PALEUR.....	200
3.21.	SANG DANS LES SELLES	203
3.22.	DOULEURS TESTICULAIRES ET/OU TUMEFACTION SCROTALE	205
3.23.	TOUX CHEZ L'ENFANT > 5 ANS ET L'ADULTE	206
3.24.	TROUBLES URINAIRES.....	209

3.25.	TUMEFACTIONS NON GANGLIONNAIRES	213
3.26.	TUMEFACTION LOCALISEE DES MEMBRES.....	215
3.27.	PRURIT GENITAL CHEZ L'HOMME.....	216
3.28.	ECOULEMENT URETRAL ET/OU DOULEUR OU PRURIT.....	217
3.29.	ULCERATION GENITALE.....	218
3.30.	VERTIGES	219
3.31.	VOMISSEMENTS	223
3.32.	TACHE CLAIRE (HYPOPIGMENTEE) SUR LA PEAU	225
4.1.	AFFECTIONS OCULAIRES	227
4.1.1.	DOULEUR BRUTALE DE L'ŒIL	228
4.1.2.	TRAUMATISME DE L'ŒIL	229
4.1.3.	GONFLEMENT DES PAUPIERES.....	231
4.1.4.	ŒIL ROUGE DOULOUREUX	233
4.1.5.	ŒIL ROUGE NON DOULOUREUX	235
4.1.6.	SECRETIONS PURULENTES DE L'ŒIL.....	236
4.1.7.	BAISSE DE LA VISION.....	237
4.2.	AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES.....	239
4.2.1.	ANOMALIES D'OUVERTURE OU DE FERMETURE DE LA BOUCHE	241
4.2.2.	DOULEUR BUCCO-DENTAIRE	242
4.2.3.	PLAIE DE LA BOUCHE	245
4.2.4.	SAIGNEMENTS DE LA BOUCHE	247
4.2.5.	MALADIES DES TISSUS DE SOUTIEN DE LA DENT.....	248
4.3.	AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES	249
4.3.1.	BRULURES	251
4.3.2.	DEMANGEAISONS.....	252
4.3.3.	ERUPTION SUR LA PEAU.....	255
4.3.4.	MORSURES	257
4.3.5.	PIQUES D'INSECTES.....	258
4.3.6.	PLAIES /ULCERATIONS	259
4.3.7.	LES TACHES SUR LA PEAU	262
4.4.	AFFECTIONS DE LA SPHERE ORL.....	264
4.4.1.	NEZ	264
4.4.2.	OREILLE.....	265
4.4.3.	PHARYNX	267
ANNEXES	268
ANNEXE 1	: LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ACTUALISATION DES ORDINOGRAMMES DES SOINS AU CENTRE DE SANTE.....	269
ANNEXE 2	: LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS AU NIVEAU DU CS.....	271
ANNEXE 3	: FICHE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE	280
ANNEXE 4	: ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA CPS	284
ANNEXE 6	: ORGANISATION DE LA CPN	286
ANNEXE 7	: CONSEILS A DONNER A LA MAMAN DE L'ENFANT DREPANOCYTAIRE	289

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
Ministère de la Santé Publique
Secrétariat Général à la Santé



COORDINATION NATIONALE PCIMNE

LIVRET DES TABLEAUX

SEPTEMBRE 2016



OMS



UNICEF

TABLE DES MATIERES

L'ENFANT MALADE ÂGÉ DE 2 MOIS À 5 ANS

Table des matières.....2

Evaluer, classer et identifier le traitement

Signes généraux de danger..... 3
 Toux ou des difficultés respiratoires?..... 3
 Diarrhée?..... 4
 Fièvre..... 5
 Problème d'oreille?..... 6
 Anémie..... 7
 Etat nutritionnel..... 8
 Infection à VIH symptomatique..... 9
 Etat vaccinal de l'enfant et la supplémentation en VIT A10
 Autres problèmes..... 10

TRAITER L'ENFANT

Apprendre à la mère comment administrer des médicaments par voie orale à domicile

Antibiotique par voie orale..... 11
 Traiter l'enfant ayant une infection à VIH
 Symptomatique..... 12
 Prophylaxie au cotrimoxazole..... 12
 Antipaludique par voie orale..... 13
 Paracétamol..... 14
 Vitamine A..... 14
 Fer, Ac. Foliique..... 14
 Mébendazole/Albendazole..... 14
 Zinc..... 14
 Penicilline V et Acide folique..... 14

Apprendre à la mère à traiter les infections locales à Domicile

Traiter une infection de l'oeil avec pommade ophtalmique
 à la tétracycline..... 15
 Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche..... 15
 Traiter les ulcérations de la bouche au violet de gentiane..... 15
 Calmer le mal de gorge et la toux avec un remède inoffensif..... 15
 Traiter les infections cutanées prurigineuses..... 16
 Gale, Teigne..... 16

Administrer les traitements ci-dessous uniquement au centre de santé

Antibiotique en intramusculaire..... 17
 Artesunate suppo paludisme sévère..... 17
 Salbutamol pour respiration sifflante..... 17
 Diazepam par voie rectale..... 17
 Traiter l'hypoglycémie..... 18

POUR LA DIARRHÉE

Plan A: Traiter la diarrhée à domicile..... 19
 Plan B: Traiter les signes évidents de déshydratation avec
 une solution de SRO..... 19
 Plan C: Traiter immédiatement le déshydratation
 sévère..... 20

CONSEILLER LA MÈRE

Les aliments

Évaluer l'alimentation..... 21
 Recommandations pour l'alimentation..... 22
 Recommandations pour l'alimentation(suite)..... 23
 Conseils sur les problèmes d'alimentation..... 24

Les liquides

Augmenter la consommation de liquides pendant
 la maladie..... 25

Quand revenir

Indiquer à la mère quand elle doit revenir au
 centre de santé..... 25

Conseiller la mère d'un enfant suspect de VIH Donner des conseils à la mère sur sa propre santé..... 26

Suivi des soins

Pneumonie..... 27
 Diarrhée persistante..... 27
 Dysenterie..... 27
 Paludisme..... 27
 Maladie fébrile, Cas suspect du Paludisme..... 28
 Rougeole avec complications aux yeux ou à la
 bouche..... 28
 Infection de l'oreille..... 28
 Anémie..... 28
 Problème d'alimentation..... 28
 Malnutrition Aigue sévère sans complication..... 29
 Malnutrition Aigue modérée..... 29
 Suspicion de l'infection à VIH symptomatique..... 30
 Autres visites des suivi..... 30
 Enfant sous ARV..... 31

NOURRISSON MALADE ÂGÉ DE 0 À 2 MOIS

EVALUER, CLASSER ET TRAITER LE NOUVEAU-NE ET NOURRISSON MALADE

Evaluer, classer et identifier le traitement

Possibilité d'Infections Bactériennes Graves ou Maladie très grave ,
 Pneumonie et infection bactérienne locale..... 32
 Ictère..... 33
 Diarrhée..... 34
 VIH/SIDA..... 35
 Problèmes d'alimentation ou insuffisance pondérale..... 36-37
 Etat vaccinal du nourrisson..... 38
 Autres problèmes..... 38

Traiter le nourrisson et conseiller la mère

Antibiotique par voie orale..... 39
 Antibiotique en intramusculaire Pre-référence..... 40
 Référence impossible et enfant capable d'avaler..... 41
 Référence impossible et enfant capable d'avaler..... 41
 Référence impossible et enfant incapable d'avaler..... 42
 Prévenir l'hypoglycémie..... 43
 Référent d'urgence..... 43
 Pour traiter la diarrhée, Plan A et Plan B..... 44
 Traiter la diarrhée Plan C..... 45
 Vacciner tout nourrisson malade, si nécessaire..... 46
 Traiter les infections locales à domicile..... 46
 Garder le nourrisson au chaud pendant la référence..... 46
 Bonne position et bonne prise du sein pour l'allaitement..... 47
 Soigner le nourrisson à domicile et quand revenir..... 47
 Soins à domicile hygiène du BEBE..... 48
 Comment exprimer le lait maternel..... 48
 Comment nourrir le nourrisson à la tasse..... 48
 Recommandations pour les soins du nouveau- né..... 49
 Conseiller la mère VIH qui a choisi de ne pas allaiter..... 50

Suivi des soins du nourrisson malade

Infections bactériennes graves ou maladie très grave, Pneumonie..... 51
 Infection bactérienne locale, Ictère, Problème d'Alimentation..... 52
 Insuffisance pondérale, Muguet..... 53
HARMONISATION PCIME-SNIS/MAPEPI..... 54-56
CARTE CONSEIL..... 57

COURBES D'INDICES

Poids/Taille..... 58-59
 Poids/Age..... 60-61

PHARMACOVIGILANCE

Fiche de notification d'événements indésirables..... 61
 Directives de remplissage..... 62
 Définitions..... 63
 Médicaments, Effets Indésirables et conduite à tenir..... 64-67

EVALUER ET CLASSER L'ENFANT MALADE ÂGÉ DE 2 MOIS À 5 ANS

EVALUER

DEMANDER A LA MÈRE QUELS SONT LES PROBLÈMES DE L'ENFANT

- Déterminer s'il s'agit d'une première visite ou d'une visite de suivi pour cet épisode.
 - S'il s'agit d'une visite de suivi, utiliser les instructions de suivi décrites dans le tableau *TRAITER L'ENFANT*.
 - S'il s'agit d'une première visite, évaluer l'enfant comme suit:

CHERCHER LES SIGNES GÉNÉRAUX DE DANGER

DEMANDER:

- L'enfant est-il incapable de boire ou de prendre le sein?
- L'enfant vomit-il tout ce qu'il consomme?
- L'enfant a-t-il eu des convulsions?

OBSERVER:

- Voir si l'enfant est léthargique ou inconscient.
- Voir si l'enfant convulse.

En présence d'au moins un signe général de danger, l'enfant doit être référé en urgence. Terminer rapidement l'évaluation. donner le traitement pré référence puis référer.

CLASSER

IDENTIFIER LE TRAITEMENT

POUR CLASSER LA MALADIE UTILISER TOUS LES CADRES QUI CORRESPONDENT AUX SYMPTÔMES ET PROBLÈMES DE L'ENFANT

ENSUITE, POSER DES QUESTIONS SUR LES PRINCIPAUX SYMPTÔMES:

SI OUI, DEMANDER:

- Depuis combien de temps?

OBSERVER ET ÉCOUTER:

- Compter les mouvements respiratoires pendant une minute.
- Rechercher un tirage sous-costal.
- Regarder et écouter si l'enfant a un stridor.
- Regarder et écouter si l'enfant a un sifflement



L'ENFANT DOIT ÊTRE CALME

Classer la **TOUX** ou les **DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES**

L'enfant a-t-il une toux ou des difficultés

Si l'enfant a:

de 2 mois à 12 mois

de 12 mois à 5 ans

Une respiration rapide est:

50 mouvements respiratoires par minute ou plus

40 mouvements respiratoires par minute ou plus

* Si la référence n'est pas possible, traiter l'enfant selon les instructions décrites dans **Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, Traiter l'enfant**, dans l'annexe: Quand la référence est difficile ou impossible.

respiratoires?

SIGNES

CLASSER

IDENTIFIER LE TRAITEMENT

(Les traitements urgents avant référence sont en caractères gras)

- Tout signe général de danger ou
- Tirage sous-costal grave ou
- Stridor chez un enfant calme

Respiration rapide avec ou sans tirage sous-costal léger

Pas de signe de pneumonie ou de maladie très grave.

PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRÈS GRAVE

PNEUMONIE

PAS DE PNEUMONIE: TOUX OU RHUME

- Donner la première dose d'antibiotique approprié
- Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 1 mois
- Référer d'urgence à l'hôpital
- Si sifflement, donner le Salbutamol et observer. si après 2 séries d'inhalation espacées de 15 minutes, il n'y a pas d'amélioration, référer d'urgence à l'hôpital

- Donner un antibiotique approprié pendant 5 jours.
- Rechercher les signes en faveur d'une infection à VIH.
- Rechercher les signes évocateurs de la TBC et référer signes présents
- Si sifflement (en cas d'amélioration après action rapide du bronchodilatateur), continuer avec le bronchodilatateur en inhalation ou par voie orale pendant 5 jours.
- Calmer le mal de gorge et la toux avec un remède inoffensif.
- Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois
- Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.
- Revoir au 3ème jour.
- Si la toux dure 14 jours ou plus ou encore un sifflement à répétition, référer pour bilan (Asthme, autres maladies respiratoires chroniques)..

- Calmer le mal de gorge et la toux avec un remède inoffensif.
- Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois
- Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.
- Revoir au 5ème jour s'il n'y a pas d'amélioration.

L'enfant a-t-il la diarrhée ?

<p>SI OUI, DEMANDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depuis combien de temps? • Y a-t-il eu un épisode de diarrhée qui a duré plus de 14 jours dans les 3 derniers mois? • Y a-t-il du sang dans les selles? 	<p>OBSERVER ET PALPER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observer l'état général de l'enfant: <ul style="list-style-type: none"> Léthargique ou inconscient? Agité et irritable? • Regarder si les yeux de l'enfant sont enfoncés. • Offrir à boire à l'enfant. <ul style="list-style-type: none"> Est-il incapable de boire ou boit-il difficilement? Boit-il avec avidité, est-il assoiffé? • Pincer la peau de l'abdomen. Le pli cutané s'efface-t-il: <ul style="list-style-type: none"> Très lentement (plus de 2 secondes)? Lentement?
---	---

pour la
DÉSHYDRATATION

0

**Classer la
DIARRHÉE**

**et si la diarrhée
persiste depuis
14 jours**

**Diarrhée de 14 j ou
plus au cours des 3
derniers mois**

**et s'il y a du sang
dans les selles**

Deux des signes suivants:

- Léthargique ou inconscient
- Yeux enfoncés
- Incapable de boire ou boit difficilement
- Pli cutané s'efface très lentement.

**DÉSHYDRATATION
SÉVÈRE**

- Si l'enfant n'a pas d'autre classification grave:
 - Donner des liquides pour déshydratation sévère (Plan C).
 - OU
- **Si l'enfant a une autre classification grave:**
 - **Référer d'URGENCE à l'hôpital, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. Conseiller à la mère de continuer l'allaitement.**
- Donner la vitamine A si l'enfant n'en pas reçu depuis 1 mois
- **Si l'enfant a 2 ans ou plus et si une épidémie de choléra sévit dans la région, donner un antibiotique pour le choléra.**

Deux des signes suivants:

- Agité, irritable
- Yeux enfoncés
- Boit avec avidité, assoiffé
- Pli cutané s'efface lentement.

**SIGNES ÉVIDENTS
DE
DÉSHYDRATATION**

- Donner liquides et aliments pour signes évidents de déshydratation (Plan B).
- Donner le zinc pendant 10 jours
- Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois
- **Conseiller à la mère de continuer l'allaitement .**
- Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.
- Revoir au 5ème jour s'il n'y a pas d'amélioration.

Pas assez de signes pour classer comme signes évidents de déshydratation ou déshydratation sévère.

**PAS DE
DÉSHYDRATATION**

- Donner liquides et aliments pour traiter la diarrhée à domicile (Plan A).
- Donner le zinc pendant 10 jours
- Donner la Vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois
- Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.
- Revoir 5ème jour s'il n'y pas d'amélioration.

• Déshydratation présente.

**DIARRHÉE
PERSISTANTE
SÉVÈRE**

- Traiter la déshydratation avant de référer, à moins que l'enfant n'ait une autre classification grave.
- Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 1 mois
- Référer d'urgence à l'hôpital.

• Pas de déshydratation.

**DIARRHÉE
PERSISTANTE**

- Expliquer à la mère comment nourrir un enfant qui a une DIARRHÉE PERSISTANTE.
- Rechercher les signes en faveur d'une infection à VIH
- Donner les multivitamines et le zinc pendant 10 jours
- Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois
- Expliquer à la mère quand revenir immédiatement
- Revoir au 5ème jour.

• Diarrhée qui a persisté plus de 14 jours au cours des 3 derniers mois

**ANTECEDANTS DE
DIARRHÉE
PERSISTANTE**

- Rechercher les signes en faveur d'une infection à VIH

• Sang dans les selles.

DYSENTERIE

- **Traiter pendant 5 jours avec un antibiotique par voie orale, recommandé pour la shigellose.**
- Donner du zinc pendant 10 jours.
- Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 1 mois
- Expliquer à la mère quand revenir immédiatement
- Revoir dans 2 jours.

L'enfant a-t-il de la fièvre?

(antécédents ou chaud au toucher ou température de 37.5°C* ou plus)

SI OUI: DEMANDER:

- Depuis combien de temps?
- Si depuis plus de 7 jours, la fièvre a-t-elle été présente tous les jours?
- L'enfant a-t-il eu la rougeole au cours des 3 derniers mois?

Si l'enfant a actuellement la rougeole ou l'a eue au cours des 3 derniers mois:

OBSERVER ET RECHERCHER:

- Observer et rechercher une raideur de la nuque.
- Lire le résultat du test de diagnostic rapide (TDR)
- Rechercher des signes de ROUGEOLE
 - Eruption généralisée et
 - L'un des signes suivants: toux, écoulement nasal ou yeux rouges.

- Regarder s'il y a des ulcérations au niveau de la bouche. Sont-elles profondes et étendues?
- Regarder s'il y a du pus qui coule des yeux.
- Regarder s'il existe une opacité de la cornée.

Classer la FIÈVRE

Si ROUGEOLE actuelle ou au cours des 3 derniers mois, classer

<ul style="list-style-type: none"> • Tout signe général de danger ou • Raideur de nuque. 	MALADIE FÉBRILE TRÈS GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner Artésunate suppositoire pour paludisme grave ➤ Donner la première dose d'un antibiotique approprié. ➤ Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie. ➤ Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38.5°C ou plus). ➤ Donner de la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 1 mois ➤ Référer d'URGENCE à l'hôpital.
<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre (antécédents ou chaud au toucher ou température 37.5°C* ou plus) et TDR positif 	PALUDISME	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter avec un antipaludique par voie orale ➤ Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38.5°C ou plus). ➤ Donner de la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir l'enfant au 3ème jour du traitement si la fièvre persiste, référer à l'hôpital. Si GE disponible et positive, donner une autre combinaison ACT ou Quinine-clindamycine. Si GE négative, rechercher autres causes et traiter. ➤ Si la fièvre a été présente tous les jours depuis plus de 7 jours, référer pour bilan.
<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre (antécédents ou chaud au toucher ou température 37.5°C* ou plus) et TDR négatif 	MALADIE FEBRILE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38.5°C ou plus). ➤ Rechercher d'autres causes de fièvre et traiter ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir dans 2 jours l'enfant mis sous traitement
<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre (antécédents ou chaud au toucher ou température 37.5°C* ou plus), TDR non disponible 	CAS SUSPECT DE PALUDISME	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter comme Paludisme (voir ci-dessus) ➤ Rechercher d'autres causes de fièvre et traiter ➤ Si la fièvre a été présente tous les jours depuis plus de 7 jours, référer pour bilan.
<ul style="list-style-type: none"> • Tout signe général de danger ou • Opacité de la cornée ou • Ulcérations profondes ou étendues dans la bouche 	ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUÉE**	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner de la Vitamine A. ➤ Donner la première dose d'un antibiotique approprié. ➤ Si opacité de la cornée ou écoulement de pus au niveau des yeux, appliquer la pommade ophtalmique à la tétracycline. ➤ Référer d'URGENCE à l'hôpital.
<ul style="list-style-type: none"> • Ecoulement oculaire de pus ou • Ulcérations dans la bouche. 	ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS** AUX YEUX OU À LA BOUCHE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner de la Vitamine A. ➤ Si écoulement oculaire de pus, appliquer la pommade ophtalmique à la tétracycline. ➤ En cas d'ulcération à la bouche, traiter au violet de gentiane. ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir l'enfant dans 2 jours.
<ul style="list-style-type: none"> • Rougeole actuelle ou au cours des 3 derniers mois. 	ROUGEOLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner de la Vitamine A. ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Si rougeole actuelle, revoir dans 5 jours.

* Température axillaire. La température rectale est d'environ 0.5°C plus élevée.

** D'autres complications graves de la rougeole (pneumonie, stridor, diarrhée, infection de l'oreille, malnutrition) sont classées dans d'autres tableaux..

L'enfant a-t-il un problème d'oreille?

SI OUI,

DEMANDER:

- A-t-il mal aux oreilles?
- Y a-t-il un écoulement?
Si oui, depuis combien de temps?
- Y a-t-il eu des écoulements à répétition ou antécédents d'écoulement d'oreille au cours des 3 derniers mois?

OBSERVER ET PALPER:

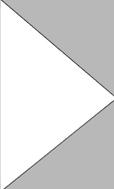
- Regarder si du pus coule d'une oreille.
- Rechercher un gonflement douloureux derrière l'oreille.
- Rechercher la douleur en pressant sur le tragus

Classer le PROBLÈME D'OREILLE

Si écoulement d'oreille à répétition ou antécédents d'écoulement d'oreille au cours des 3 derniers mois

<ul style="list-style-type: none"> • Gonflement douloureux derrière l'oreille. 	MASTOÏDITE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner la première dose d'un antibiotique approprié. ➤ Donner la première dose de paracétamol pour calmer la douleur. ➤ Donner de la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 1 mois ➤ Référer d'URGENCE à l'hôpital.
<ul style="list-style-type: none"> • Ecoulement de pus visible depuis moins de 14 jours ou • Douleur à l'oreille. 	INFECTION AIGUË DE L'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner un antibiotique approprié par voie orale pendant 5 jours. ➤ Donner du paracétamol pour calmer la douleur. ➤ Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois ➤ Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche. ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir l'enfant dans 5 jours.
<ul style="list-style-type: none"> • Ecoulement de pus visible depuis 14 jours ou plus. 	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche. ➤ Donner l'Amoxicilline pendant 10 jours ➤ Administrer des gouttes auriculaires à base des quinolones pendant 14 jours ➤ Donner de la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois ➤ Rechercher les signes du VIH symptomatique ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de douleur à l'oreille et Pas d'écoulement de pus visible. 	PAS D'INFECTION D'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas de traitement supplémentaire.
<ul style="list-style-type: none"> • Ecoulements à répétition • antécédents d'écoulement d'oreille au cours des 3 derniers mois 	ANTECEDANTS D'INFECTION D'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechercher les signes du VIH symptomatique

ENSUITE, RECHERCHER L'ANÉMIE

<p>OBSERVER ET PALPER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher la pâleur palmaire. • Si elle est présente, est-elle: <ul style="list-style-type: none"> - Sévère ou Légère? Légère? • Si pâleur palmaire présente, demander si l'enfant est drépanocytaire.* Si oui, Observer et rechercher : <ul style="list-style-type: none"> - ictère, - douleur des os et des articulations, - gonflements douloureux des mains et/ou des pieds sans notion de traumatisme. 	<p>Classer l'ANEMIE</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Pâleur palmaire sévère 	<p>ANÉMIE GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner de la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 1 mois ➤ Référer d'URGENCE à l'hôpital.
		<ul style="list-style-type: none"> • Pâleur palmaire légère. 	<p>ANÉMIE</p>	<p>SI PAS DE DREPANOCYTOSE NI SUSPICION DE DREPANOCYTOSE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner du fer ➤ Donner du mébendazole si l'enfant a 1 an ou plus et s'il n'en a pas reçu pendant les 6 derniers mois . ➤ Donner de la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois ➤ Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller à la mère de donner une alimentation appropriée. ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir l'enfant dans 14 jours. <p>SI DREPANOCYTAIRE CONNU OU SUSPICION DE DREPANOCYTOSE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner l'acide folique toute la vie ➤ Donner la pénicilline V toute la vie. Si la pénicilline V est contre indiquée, donner l'érythromycine toute la vie. ➤ Donner du paracétamol si douleur ➤ Conseiller la mère sur les règles hygiéno-diététique ➤ Donner de la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois ➤ Réaliser le test d'Emmel (En cas de suspicion de drépanocytose)
		<ul style="list-style-type: none"> • Pas de pâleur palmaire. 	<p>PAS D'ANÉMIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si l'enfant a moins de 2 ans, évaluer son alimentation et conseiller à la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CONSEILLER LA MÈRE. ➤ Donner de la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.

VÉRIFIER L'ÉTAT NUTRITIONNEL

Évaluer l'état nutritionnel:

- Rechercher les signes de malnutrition:
 - Amaigrissement visible et sévère ou
 - Œdèmes aux deux pieds (nutritionnels)
- Déterminer l'indice P/T à l'aide du tableau (z-score);
- Mesurer le PB avec le MUAC si enfant de 6 mois ou plus
- Chez l'enfant < 6 mois, rechercher les signes d'amaigrissement visible et sévère
-
- Vérifier les signes de complication :
 Signe général de danger, Pneumonie, Déshydratation sévère, Anémie grave, Manque d'appétit (*donner ATPE chez enfant de 6 mois ou plus ou LM chez enfant de moins de 6 mois*)

Classer l'ÉTAT NUTRITIONNEL

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amaigrissement visible et sévère et/ou ➤ Œdèmes nutritionnels et/ou ➤ P/T < - 3 Z. score et/ou ➤ PB < 115 mm Et un signe de complication présent	MALNUTRITION AIGUE SÉVÈRE AVEC COMPLICATION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter pour prévenir l'hypoglycémie ➤ Référer d'urgence à l'hôpital
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amaigrissement visible et sévère et/ou ➤ Œdèmes nutritionnels et/ou ➤ P/T < - 3 Z. score et/ou ➤ PB < 115 mm Et pas de signes de complication	MALNUTRITION AIGUE SÉVÈRE SANS COMPLICATION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer l'AB approprié pendant 7 jours ➤ Donner l'Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (ATPE) ➤ Donner de la vitamine A à la 4ème semaine ➤ Donner du mébendazole à la 2ème semaine ➤ Réaliser TDR (recherche de paludisme) même en cas d'absence de fièvre. ➤ Traiter paludisme, si TDR positif ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir l'enfant chaque semaine pendant 3
<ul style="list-style-type: none"> ➤ P/T ≥ - 3 Z. score et < - 2 Z. score et/ou ➤ PB ≥ 115 mm et < 125 mm; 	MALNUTRITION AIGUE MODERÉE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer l'AB approprié pendant 7 jours ➤ Donner de la vitamine A à la 4ème semaine ➤ Donner du mébendazole à la 2ème semaine ➤ Donner le CSB ,MMS+, PREMIX(*) ➤ Réaliser TDR (recherche de paludisme) même en cas d'absence de fièvre. ➤ Traiter paludisme, si TDR positif ➤ Évaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller à la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau <i>CONSEILLER LA MÈRE.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ P/T ≥ - 2 Z score; et/ou ➤ PB ≥ 125 mm et pas d'autre signe de malnutrition.	PAS DE MALNUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si l'enfant de moins de 2 ans, Évaluer l'alimentation et Conseiller à la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau <i>CONSEILLER LA MÈRE.</i> ➤ Donner de la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois ➤ Donner du mébendazole si l'enfant a 1 an ou plus et s'il n'en a pas reçu pendant les 6 derniers mois . ➤ Féliciter et encourager la mère ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Si problème d'alimentation revoir l'enfant dans 5 jours

(*) =

- CSB: Céréales, Sucre, Blé
- MMS+: Mélange Mais, Soja fortifié
- PREMIX: MMS+ avec huile, sucre

RECHERCHER L'INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE,

DEMANDER

La mère ou l'enfant ont-ils fait le test?

- Si Oui, déterminer le status sérologique:
 - Mère: Positive ou négative ?
 - Enfant:
 - *Test virologique positif ou négatif?
 - *Test sérologique positif ou négatif?
- Si mère HIV positive et enfant négatif ou statut inconnu, demander:
 - *l'enfant a été allaité au moment du test ou 6 semaines avant le test?
 - *l'enfant est -il allaité maintenant?
 - Si allaitement, demander:
 - La mère est -elle sous traitement ARV?
 - L'enfant est-il sous prophylaxie AR
- SI NON, réaliser le test VIH chez la mère si positif, réaliser le test virologique chez le nourrisson.

CLASSER LE STATUT VIH

Si test non disponible,

- Revoir les signes/classifications trouvés lors de l'évaluation des principaux symptômes ou de l'anémie ou de la malnutrition:
 - * Pneumonie actuelle,
 - * Toux persistante de plus de 30 jours
 - * Diarrhée persistante
 - * Fièvre au long cours(7 jours ou plus) ne répondant pas au traitements usuels(antipalu, AB...)
 - * Ecoulement d'oreille actuel

• VERIFIER

- * L'enfant a-t-il des problèmes de croissance (P/T < - 3 z score) ?
- * Y'a-t-il notion de Tuberculose chez l'enfant ou/et l'entourage ?
- * Y a-t-il eu un épisode de diarrhée qui a duré 14 jours ou plus dans les 3 derniers mois?
- *Y a-t-il eu des écoulement de pus de l'oreille à répétition ou antécédents d'écoulement de pus au cours des 3 derniers mois ?
- * La mere est- elle HIV positive?

• OBSERVER ET PALPER

- * Adénopathies dans au moins 1 site suivant: cou, creux axillaires.
- * Une candidose buccale.
- * Un gonflement parotidien
- * Des éruptions prurigineuses cutanées généralisées.
- * Des cicatrices de Zona ou un Zona évolutif.
- * Problèmes dentaires.

TEST NON DISPONIBLE

<ul style="list-style-type: none"> •Test virologique de l'enfant positif ou • Test sérologique positif chez l'enfant de 18 mois 	INFECTION A HIV CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> ➢Initier le traitement antirétroviral et les soins du VIH ➢ Assurer la prophylaxie au cotrimoxazole ➢ Conseiller la mère sur les soins à donner à domicile ➢ Traiter ou référer pour l'évaluation de la TBC et de la prophylaxie à l'INH ➢ Commencer le traitement pour les autres classifications
<ul style="list-style-type: none"> • Mère HIV positive et Test virologique négatif chez un enfant allaité ou sevré depuis moins de 6 semaines ou •Mère séropositive, enfant non testé ou •Test sérologique positif chez l'enfant de moins de 18 mois 	EXPOSITION AU VIH : INFECTION A VIH POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> ➢Assurer la prophylaxie au cotrimoxazole ➢Commencer ou continuer la prophylaxie aux ARV ➢Faire le test virologique pour confirmer le statut HIV ➢Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner des conseils appropriés à la mère ➢Conseiller la mère sur les soins à donner à domicile ➢Revoir au 14 ième jour
Test négatif chez la mère ou chez l'enfant	INFECTION A VIH PEU PROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> ➢Commencer le traitement pour les autres classifications ➢Pas d'action spécifique pour l'infection à VIH
<ul style="list-style-type: none"> • QUATRE signes ou plus 	SUSPICION D'INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ➢Commencer le traitement pour les autres classifications ➢ Assurer la prise en charge de l'infection à VIH symptomatique ➢ Assurer la prophylaxie au cotrimoxazole ➢Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner des conseils si besoin ➢Conseiller la mère sur les soins à donner à domicile et Revoir au 14 jours
<ul style="list-style-type: none"> • TROIS signes ou Aucun 	INFECTION A VIH PEU PROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> ➢Commencer le traitement pour les autres classifications ➢Pas d'action spécifique pour l'infection à VIH

VÉRIFIER L'ÉTAT VACCINAL DE L'ENFANT ET LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE AVÉRIFIER

CALENDRIER DE VACCINATION:

AGE	VACCINS
Naissance	BCG
6 semaines	Penta1, Pneumo1, Rota1
10 semaines	Penta2, Pneumo2, Rota 2
14 semaines	Penta3, Pneumo3, ,
9 mois	VAR, VPO 0, VPO 1, VPO 2, VPO 3, VAA, VPI

Donner la Vit A chaque 6 mois à partir de l'âge de 6 mois

AGE	VITAMINE A EN CAPSULES	
	Capsule de 200 000 IU	Capsule de 100 000 IU
de 6 mois à 11 mois	½ capsules	1 capsule
de 12 mois à 59 mois	1 capsule	2 capsules

Donner le Mebendazole/Albendazole chaque 6 mois Vit A à partir de l'âge de 12 mois

Si l'enfant est HIV positif ou présente les signes de l'infection à VIH symptomatique, il ne recevra pas le BCG et le VAA.

EVALUER LES AUTRES PROBLEMES

TRAITER L'ENFANT

SUIVRE LES ETAPES DE TRAITEMENT INDIQUEES AU TABLEAU EVALUER ET CLASSER

APPRENDRE À LA MÈRE A DONNER LES MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE À DOMICILE

Suivre les instructions ci-dessous pour chaque médicament à donner par voie orale à domicile.
Suivre également les instructions du tableau de dosage de chaque médicament.

- Déterminer le médicament approprié et le dosage selon l'âge ou le poids de l'enfant.
- Expliquer à la mère pourquoi le médicament est donné pour l'enfant, et quel problème il traite.
- Démontrer comment mesurer une dose.
- Observer la mère pendant qu'elle mesure la dose elle-même.
- Demander à la mère d'administrer la première dose à son enfant.
- Expliquer clairement comment administrer le médicament, puis étiqueter et emballer le médicament.
- Si plusieurs médicaments sont donnés, rassembler, compter et mettre chaque médicament dans des paquets différents.
- Expliquer que tous les médicaments (comprimés ou sirops) doivent être pris jusqu'à la fin du traitement, même si l'enfant se porte mieux.
- S'assurer que la mère a bien compris avant qu'elle ne quitte le centre de santé.

➤ DONNER ANTIBIOTIQUE PAR VOIE ORALE

- ◆ Pour PNEUMONIE, INFECTION AIGUE ou CHRONIQUE DE L'OREILLE ou MALADIE TRES GRAVE:
ANTIBIOTIQUE DE 1^{ère} intention : Amoxicilline cés forme dispersible
ANTIBIOTIQUE DE 2^{ème} intention : Cotrimoxazole
- ◆ Pour l'INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE, donner seulement l'Amoxicilline pendant 10 jours
- ◆ Pour LA MALNUTRITION AIGUE MODEREE ET LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE SANS COMPLICATION, donner seulement l'Amoxicilline pendant 7 jours.

Pour LA DYSENTERIE: donner pendant 5 jours l'antibiotique recommandé pour la Shigellose
ANTIBIOTIQUE CONTRE LA SHIGELLOSE: CIPROFLOXACINE

AGE ou POIDS	AMOXYCILLINE Donner 2 fois par jour pendant 5 jours			COTRIMOXAZOLE Donner 2 fois par jour pendant 5 jours		
	Cés 250 mg	Sirop * 250 mg/5 ml	Sirop 125 mg/5 ml	Cés 480 mg	Cés 240 mg	Sirop 240 mg /5 ml
De 2 à 6 mois (4 – 6 Kg)	1	½	1	¼	½	½
De 6 à 12 mois (6 – 10 Kg)	1	1	2	½	1	1
De 12 mois à 3 ans (10 – 14 Kg)	2	1 ½	3	¾	1 ½	1 ½
De 3 à 5 ans (14 – 19 Kg)	2	2	4	1	2	2

AGE ou POIDS	CIPROFLOXACINE Donner 2 fois par jour pendant 5 jours
	Cés 250 mg
De 2 à 6 mois (4 – 6 Kg)	½
De 6 à 12 mois (6 – 10 Kg)	¾
De 12 mois à 3 ans (10 – 14 Kg)	1
De 3 à 5 ans (14 – 19 Kg)	1 ½

POUR LE CHOLERA

AGE ou POIDS	TETRACYCLINE Donner 4 fois par jour pendant 5 jours	COTRIMOXAZOLE Donner 2 fois par jour pendant 5 jours
	Cés 250 mg	Voir dosage ci-dessous
De 2 à 6 mois (4 – 6 Kg)		
De 6 à 12 mois (6 – 10 Kg)	½	
De 12 mois à (ans (10 – 19 Kg)	1	

TRAITER L'ENFANT AYANT UNE INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE

- Détecter et traiter la maladie précocement.
- Surveiller le poids et encourager une alimentation hypercalorique fractionnée.
- Supplémenter en vitamine A tous les 6 mois.
- Donner du cotrimoxazole quotidiennement.
- Rechercher une candidose buccale et traiter en conséquence.
- Suivre le calendrier vaccinal, mais éviter le BCG et le VAA
- Revoir dans 14 jours et ensuite chaque mois.

PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

- Pour tous les enfants classés **SUSPICION D'INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE** :
 - le cotrimoxazole est donné à partir de 4 à 6 semaines
 - Stopper le cotrimoxazole dès que la suspicion de VIH est écarté
- Pour tous les enfants **VIH POSITIF CONFIRME** : donner le cotrimoxazole le plus tôt possible
 - Donner une fois par jour **Donnez la bithérapie si risque de contracter le VIH. Prolonger à 12 semaines si haut risque de contracter le VIH.**

ÂGE ou POIDS	COTRIMOXAZOLE (triméthoprim + sulfaméthoxazole) ➤ Donner une fois par jour pendant toute la vie		
	COMPRIMÉ ADULTE 80 mg Triméthoprim + 400 mg sulfaméthoxazole	COMPRIMÉ ENFANT 40 mg triméthoprim +200 mg sulfaméthoxazole	SIROP 40 mg triméthoprim +200 mg sulfaméthoxazole par 5 ml
de 6 semaines à 6 mois (3– 6 kg)	1/2	1	5 ml
de 6 mois à 12 mois (6 - 10 kg)	3/4	1 1/2	7,5 ml
de 12 mois à 2 ans (10 - 12 kg)	1	2	10 ml
de 2 ans à 4 ans (12— 14 kg)	1 1/4	2 1/2	12,5 ml
de 4 ans à 5 ans (14— 19 kg)	1 1/2	3	15 ml

APPRENDRE À LA MÈRE COMMENT DONNER LES MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE À DOMICILE

Suivre les instructions ci-dessous pour chaque médicament à donner par voie orale à domicile. Suivre également les instructions du tableau de dosage de chaque médicament

Donner un Antipaludique par voie Orale

- ANTIPALUDIQUE DE PREMIERE LIGNE: COMBINAISON ARTESUNATE - AMODIAQUINE ou ARTEMETHER - LUMEFANTRINE
- Si la fièvre persiste après administration de AS-AQ, utiliser AL et vis-versa

Forme fixe ARTESUNATE (ASU: 4mg/kg/j) + AMODIAQUINE (AQ: 10 mg/kg/jr)
 ➤ Donner une fois par jour pendant 3 jours

AGE ou POIDS	AS: 25 mg ; AQ: 67,5 mg	AS: 50 mg ; AQ: 135 mg
De 2 à 11 mois	1	
De 12 mois à 5 ans (9- 17 kg)		1

La prise de la combinaison Artésunate + Amodiaquine est recommandée après un repas , y ajouter une boisson sucrée (jus de fruit sucré, eau sucrée...)

ARTEMETHER (20 mg) + LUMEFANTRINE (120 mg)
 ➤ Donner deux fois par jour pendant 3 jours

Age ou POIDS	Jour 1		Jour 2		Jour 3	
	H0	H8	H24	H36	H48	H60
De 2 à 12 mois (5 - 10 kg)	1	1	1	1	1	1
De 12 mois à 3 ans (10 - 14 kg)	1	1	1	1	1	1
De 3 à 5 ans (14- 19 kg)	2	2	2	2	2	2

A prendre avec un repas ou une boisson riche en graisses (par exemple du huile de palme, pate d'arachide, lait...)

- Si malgré l'administration de ces deux associations (AS-AQ, AL), la fièvre persiste référer l'enfant à l'hôpital
- Si après la prise de l'une des combinaisons (AS-AQ ou AL), la fièvre persiste au J3, référer à l'hôpital pour GE. C'est l'échec thérapeutique.

APPRENDRE À LA MÈRE COMMENT DONNER LES MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE À DOMICILE

Suivre les instructions ci-dessous pour chaque médicament à donner par voie orale à domicile.
Suivre également les instructions du tableau de dosage de chaque médicament

➤ Donner du paracétamol pour fièvre élevée (> 38.5°C) ou des douleurs d'oreille ou en cas de douleurs chez un enfant drépanocytaire

PARACÉTAMOL		
ÂGE ou POIDS	COMPRIMÉ (100 mg)	COMPRIMÉ (500 mg)
de 2 mois à 6 mois (4 - 6 kg)	1	1/4
de 6 mois à 12 mois (6 -10 kg)	1 1/2	1/2
de 12 mois à 3 ans (10 - 14 kg)	2	3/4
de 3 ans à 5 ans (14 - <19 kg)	2 1/2	1

➤ Donner du Zinc en cas de diarrhée

- Donner le zinc une fois par jour pendant 10 jours.

ÂGE ou POIDS	COMPRIMÉ (20 mg)	COMPRIMÉ (10 mg)
de 2 mois à 6 mois (4 - 6 kg)	1/2	1
de 6 mois à 12 mois (6 -10 kg)	1	2
de 12 mois à 3 ans (10 - 14 kg)	1	2
de 3 ans à 5 ans (14 - <19 kg)	1	2

➤ Donner du mébendazole (Albendazole), à partir de un an, tous les 6 mois:

- Administrer 2 fois un comprimé de 100 mg par jour pendant 3 jour ou 1 comprimé de 500 mg en une seule dose au centre de santé.
- En cas de VIH, donner l'albendazole tous les 6 mois :
< 2 ans: 200 mg
à partir 2 ans : 400mg

➤ Donner de la vitamine A

- En cas de rougeole, donner 3 doses
 - Administrer la première dose au centre de santé.
 - Donner une dose à la mère pour administration à domicile le lendemain (48h après)
 - Donner une 3ème dose 1 mois plus tard.

ÂGE	VITAMINE A EN CAPSULES	
	200 000 IU	100 000 IU
de 6 mois à 12 mois	½ capsule	1 capsule
de 12 mois à 5 ans	1 capsule	2 capsules

- En cas de malnutrition aigue sévère sans complication ou de malnutrition aigue modérée, donner une dose de vitamine A 4 semaines après l'admission de l'enfant.
- En cas de diarrhée ou autre maladie grave, donner une dose de vitamine A si l'enfant n'a pas reçu de vitamine A depuis 1 mois
- Dans les autres cas de maladie et à titre préventif, donner une dose de vitamine A si l'enfant n'

➤ Donner du fer si l'enfant n'est pas drépanocytaire

ÂGE ou POIDS	FER/FOLATE EN COMPRIMÉS	FER EN SIROP
	Fer sulfate 200 mg + 250 mcg folate (60 mg élément fer)	Fer fumarate 100 mg par 5 ml (20 mg élément fer par ml)
de 2 mois à 4 mois (4 - 6 kg)		1.00 ml (< ¼ cuillère à café)
de 4 mois à 12 mois (6 - 10 kg)		1.25 ml (¼ cuillère à café)
de 12 mois à 3 ans (10 - 14 kg)	½ comprimé	2.00 ml (<½ cuillère à café)
de 3 ans à 5 ans (14 - 19 kg)	½ comprimé	2.5 ml (½ cuillère à café)

Donner une dose par jour pendant 14 jours
N.B/ Ne pas donner le Fer à l'enfant avec malnutrition aigue sévère qui reçoit l'ATPE car contient une quantité adéquate de fer

➤ Donner de l'acide folique (chaque jour et cela durant toute la vie.) et pénicilline V (chaque jour et cela toute la vie) si l'enfant drépanocytaire ou Cas suspect de

ÂGE	PENICILLINE V	ACIDE FOLIQUE
	Comprimé 250 mg	Comprimé 5mg
de 0 à 3 ans	2x 125mg tous les jours	1 Co par jour, tous les jours, toute la vie
de 3 ans à 5 ans	2x250mg tous les jours	

APPRENDRE À LA MÈRE À TRAITER LES INFECTIONS LOCALES À DOMICILE

- Expliquer le traitement à la mère et pourquoi il doit être administré.
- Décrire les étapes du traitement énumérées dans l'encadré approprié ci-après.
- Observer la mère pendant qu'elle administre le premier traitement au centre de santé (sauf les remèdes pour la toux ou les douleurs de gorge).
- Enseigner à la mère comment administrer le médicament à domicile
- Lui dire combien de fois elle doit administrer le médicament à domicile.
- En cas de besoin pour le traitement à domicile, donner à la mère le tube de pommade ophtalmique à la tétracycline, un flacon de gouttes auriculaires à base de quinolones ou un petit flacon de violet de gentiane.

➤ **Traiter une infection de l'oeil avec une pommade ophtalmique à la tétracycline**

- Nettoyer les deux yeux, 3 fois par jour
 - Se laver les mains.
 - Demander à l'enfant de fermer les yeux.
 - Essuyer doucement le pus à l'aide d'un tissu propre et humide.
- Ensuite, appliquer la pommade à la tétracycline dans les deux yeux, 3 fois par jour.
 - Demander à l'enfant de regarder vers le haut.
 - Appliquer une petite quantité de pommade à l'intérieur de la paupière inférieure.
 - Se laver les mains de nouveau.
- Traiter jusqu'à ce que la rougeur disparaisse.
- Ne pas utiliser d'autre pommade ou de collyre ou mettre n'importe quoi d'autre dans les yeux.

➤ **Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche**

- Assécher l'oreille au moins 3 fois par jour.
 - Rouler en forme de mèche un tissu propre et absorbant ou du papier doux et résistant.
 - Placer la mèche dans l'oreille de l'enfant.
 - Retirer la mèche quand elle est humide.
 - Remplacer la mèche humide par une mèche propre et répéter la procédure jusqu'à ce que la mèche soit sèche.

➤ **Traiter l'infection chronique de l'oreille avec les gouttes auriculaires à base de quinolones**

Instiller les gouttes auriculaires à base de quinolones après la mèche sèche 3 fois par jour pendant 14 jours

Ciprofloxacin 0,3% goutte 3x3 gouttes/jr/14 jours

➤ **Traiter les ulcérations de la bouche au violet de gentiane dilué de moitié**

- Traiter les ulcérations de la bouche deux fois par jour.
 - Se laver les mains.
 - Nettoyer la bouche de l'enfant avec un tissu propre et doux, roulé autour du doigt et imprégné d'eau salée.
 - Badigeonner la bouche avec du violet de gentiane (dilué de moitié).
 - Se laver les mains de nouveau.

➤ **Calmer la douleur de gorge et la toux avec un remède inoffensif**

- Remèdes inoffensifs recommandés:
 - Lait maternel, pour les nourrissons exclusivement allaités au sein.
 - miel *dilué de moitié 4 x 1 càc*
 - jus de citron *dilué de moitié 4 x 1 càc*
- Remèdes dangereux à déconseiller:
 - Médicaments à base de codéine (Néo-codion, terpine codéine)
 - Médicaments à principes actifs multiples (toplexil, romular)

TRAITER LES INFECTIONS CUTANÉES PRURIGINEUSES**Traiter les infections cutanées prurigineuses**

Traiter les infections cutanées deux fois par jour :

- Se laver les mains
- Nettoyer les lésions avec du violet de gentiane
- Donner un antihistaminique oral : prométhazine ou Chlorphéniramine
- Appliquer du benzoate de benzyle en cas de gale
- Donner la griséofulvine en comprimés et en pommade en cas de teigne
- En cas de surinfection, mettre l'enfant sous Érythromycine .
- Se laver les mains de nouveau.

➤ GALE

- Appliquer le Benzoate de Benzyle sur les lésions non suintante /8jours
- Appliquer le violet de gentiane si sur les lésion suintantes /8 jours
- Donner les conseils d'hygiène corporelle et vestimentaires: laver les habits à l'eau chaude et les repasser
- Couper les ongles
- Dépister et soigner les membres atteints de l'entourage

➤ TEIGNE

Raser la zone

- Appliquer 2 fois par jour, Griséofulvine en pommade sur la zone
- Donner Griséofulvine per os, 10 mg/kg/ jour en 2 prises pendant 10 jours , à prendre avec repas gras
- Propreté du corps et des habits

➤ Prométhazine

➤ Donner 1 ml/kg par jour en cas de prurit .

ÂGE ou POIDS	COMPRIMÉ (25 mg)	Sirop 5 mg/5 ml
< 24 mois (< 12 kg)	-	-
de 24 mois à 3 ans (12 -14 kg)	1/4	5 ml
de 3 ans à 5 ans (14- 19 kg)	1/2	10 ml

➤ Erythromycine

➤ Donner 3 fois par jour pendant 5 jours .

ÂGE ou POIDS	COMPRIMÉ (250mg)	Sirop 250 mg/5 ml
de 2 mois à 6 mois (4 - 6 kg)	1/4	-
de 6 mois à 12 mois (6 -10 kg)	1/2	2,5 ml
de 12 mois à 3 ans (10 - 14 kg)	1	5 ml
de 3 ans à 5 ans (14 - <19 kg)	1 1/2	7,5 ml

Traiter la candidose buccale avec la Nystatine

Traiter la candidose buccale (4 fois par jour) pendant 7 jours

- ◆ Se laver les mains
- ◆ Nettoyer la bouche de l'enfant avec un tissu propre et doux, roulé autour du doigt et mprégné d'eau salée.
- ◆ Instiller Nystatine 1 ml quatre fois par jour
- ◆ Donner le repas a l'enfant 20 minutes après
- ◆ (Si presence de muguet trailer avec Nystatine)
- ◆ Conseiller la mere de contrôler régulièrement la bouche de l'enfant
- ◆ Se laver les mains de nouveau.
- ◆ Donner du Paracetamol si douleur.

ADMINISTRER LES TRAITEMENTS CI-DESSOUS UNIQUEMENT AU CENTRE DE SANTE

- Expliquer à la mère pourquoi le médicament est administré.
- Déterminer la dose appropriée en fonction du poids de l'enfant (ou de l'âge).
- Utiliser une aiguille et une seringue stériles pour les injections des antibiotiques.
- Mesurer la dose avec précision.
- Injecter les antibiotiques en intramusculaire

➤ Donner un antibiotique en intramusculaire

POUR LES ENFANTS REFÉRÉS D'URGENCE ET QUI NE PEUVENT PAS PRENDRE D'ANTIBIOTIQUES PAR VOIE ORALE:

- Donner la première dose d'Ampicilline (50 mg/kg) et Gentamycine (5 mg/kg) en IM et référer d'urgence l'enfant à l'hôpital.

ÂGE ou POIDS	AMPICILLINE	GENTAMYCINE
	Dose: 50 mg par kg Ajouter 5.0 ml d'eau stérilisée au flacon contenant 1000 mg	Dose 5 mg/kg Ajouter 6 ml d'eau stérilisée à un flacon de 2 ml contenant 80 mg* = 8 ml à 10 mg/ml
de 2 mois à 4 mois (4 - < 6 kg)	0,5 ml	0,6 ml
de 4 mois à 12 mois ((6 - < 10 kg)	1 ml	1 ml
de 12 mois à 3 ans (10 - < 14 kg)	1,5 ml	1,5 ml
de 3 ans à 5 ans (14 - 19 kg)	2,5 ml	2 ml

➤ Donner artesunate suppositoire pour le paludisme grave

POUR LES ENFANTS REFERES CLASSÉS MALADIE FÉBRILE GRAVE:

ARTESUNATE suppositoire			
AGE ou POIDS	Suppo 50 mg	Suppo 100 mg	Suppo 200 mg
De 0 mois à 12 mois (4,5 - 8kg)	1		
De 13 mois à 42 mois (9- 17 kg)	2	1	
De 43 mois à 60 mois	4	2	1

Donner le Diazépam par voie rectale

ÂGE ou POIDS	DIAZEPAM PAR VOIE RECTALE
	Ampoule de 10 mg par 2 ml / Dose : 0,5 mg par Kg
de 1 mois à 6 mois (3 - 6 kg)	0.5 ml
de 6 mois à 12 mois (6 - 10 kg)	1 ml
de 12 mois à 3 ans (10 - 14 kg)	1,25 ml
de 3 ans à 5 ans (14 - 19 kg)	1,5 ml

Traiter la respiration sifflante avec le Salbutamol

INHALATION 0,2 mg/kg	
2 mois— 12 mois (4-10 kg)	1 bouffée par 15 min.
12 mois—5 ans (10-19 kg)	2 bouffées par 15 min

N.B. Si après 2 séries d'inhalation espacées de 15 min, il n'y a pas d'amélioration, référer d'urgence à l'hôpital.

➤ **Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie**

➤ **Si l'enfant est capable de téter :**

- Demander à la mère d'allaiter l'enfant le plus souvent possible.

➤ **Si l'enfant est incapable de sucer le sein mais est capable d'avalier:**

- Donner du lait exprimé ou un substitut de lait maternel. Si ni l'un ni l'autre n'est disponible, donner de l'eau sucrée.
- Donner 30 - 50 ml de lait ou d'eau sucrée avant le départ.
Pour faire de l'eau sucrée: Dissoudre 4 cuillères à café rases de sucre (20 grammes) dans une tasse de 200 ml d'eau propre.

➤ **Si l'enfant est incapable d'avalier:**

- Donner 50 ml de lait ou d'eau sucrée par sonde nasogastrique.

Si la sonde naso-gastrique n'est pas disponible, mettre 1 càc de sucre sous la langue et répéter toutes les 20 minutes.

POUR LA DIARRHÉE, DONNER PLUS DE LIQUIDES ET CONTINUER L'ALIMENTATION

(Voir conseils sur l'ALIMENTATION au tableau CONSEILLER LA MÈRE)

➤ Plan A: Traiter la diarrhée à domicile

Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile:
Donner davantage de liquides, donner le zinc, continuer l'alimentation, et quand revenir

1. DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES (autant que l'enfant veut bien prendre)

➤ EXPLIQUER À LA MÈRE:

- Qu'il faut allaiter plus fréquemment et prolonger la durée de la tétée..
- Que si l'enfant est allaité exclusivement, il faut lui donner une solution de SRO en plus du lait maternel.
- Que si l'enfant n'est pas allaité exclusivement, il faut lui donner une ou plusieurs fois : solution de SRO, aliments liquides (potage, eau de riz, bouillie, lait de soja,), lait de coco ou eau potable.

Liquides déconseillés : boissons sucrées, décoctions à base des feuilles de goyave, vin de palme, café, Solution Salée Sucrée (SSS), boisson alcoolisée

Il est crucial de donner une solution de SRO à domicile si:

- l'enfant était sous traitement plan B ou C pendant la visite.
- l'enfant ne peut pas être ramené au centre de santé si la diarrhée s'aggrave.

➤ APPRENDRE À LA MÈRE COMMENT MÉLANGER ET ADMINISTRER LA SOLUTION SRO. DONNER À LA MÈRE 2 SACHETS DE SRO À UTILISER À DOMICILE.

➤ MONTRER À LA MÈRE QUELLE QUANTITE DE LIQUIDE ELLE DOIT DONNER EN PLUS DE LA CONSOMMATION NORMALE:

Jusqu'à 2 ans 50 à 100 ml après chaque selle liquide
2 ans et plus 100 à 200 ml après chaque selle liquide

Expliquer à la mère qu'il faut:

- Donner fréquemment à boire dans une tasse, par petites gorgées.
- Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.
- Continuer à donner davantage de liquides jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

2. DONNER DU ZINC
3. CONTINUER L'ALIMENTATION
4. QUAND REVENIR

} Voir tableau **CONSEILLER LA MÈRE**

➤ Plan B: Traiter les signes évidents de déshydratation avec une solution de SRO (ou

Administer, au centre de santé et sur une période de 4 heures, la quantité de solution de SRO recommandée

ÂGE*	Jusqu'à 4 mois	de 4 mois à 12	de 12 mois à 2 ans	de 2 ans à 5 ans
POIDS	< 6 kg	6 - 10 kg	10 - 12 kg	12 - 19 kg
En ml	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

➤ DÉTERMINER LA QUANTITÉ DE SRO À ADMINISTRER PENDANT LES 4 PREMIÈRES HEURES.

- *N'utiliser l'âge de l'enfant que si son poids n'est pas connu.*
- *Quantité approximative de solution de SRO nécessaire (en ml) : 75 ml/ kg.*
 - Si l'enfant veut davantage de solution de SRO, lui en donner plus.
 - Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner également 100 - 200 ml d'eau potable pendant cette période.

➤ MONTRER À LA MÈRE COMMENT DONNER LA SOLUTION DE SRO.

- Faire boire fréquemment l'enfant à la tasse, par petites gorgées.
- Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.
- Continuer à allaiter quand l'enfant réclame.

➤ APRÈS 4 HEURES:

- Réexaminer l'enfant et classer la déshydratation.
- Choisir le plan approprié pour continuer le traitement.
- Commencer à alimenter l'enfant au centre de santé.

➤ SI LA MÈRE DOIT PARTIR AVANT LA FIN DU TRAITEMENT:

- Lui montrer comment préparer la solution de SRO à domicile.
- Lui montrer combien de SRO elle doit donner pour finir le traitement de 4 heures à domicile.
- Lui donner assez de sachets de SRO pour terminer le traitement de réhydratation. Lui donner également 2 sachets, comme recommandé dans le Plan A.
- Expliquer les 4 règles du traitement à domicile:

1. DONNER PLUS DE LIQUIDES
2. DONNER DU ZINC
3. CONTINUER L'ALIMENTATION

} Voir Plan A pour les liquides recommandés et Voir tableau **CONSEILLER LA MÈRE**

POUR LA DIARRHÉE, DONNER PLUS DE LIQUIDES ET CONTINUER L'ALIMENTATION

➤ Plan C: Traiter rapidement la déshydratation sévère

➤ SUIVRE LES FLÈCHES. SI LA RÉPONSE EST "OUI" FAIRE CE QUI EST INDIQUÉ À DROITE. SI LA RÉPONSE EST "NON", PASSER À LA QUESTION SUIVANTE:

COMMENCER ICI

Etes-vous en mesure de procéder immédiatement à une perfusion intraveineuse (IV)?

OUI

- Commencer immédiatement la perfusion intraveineuse. Si l'enfant est capable de boire, lui donner une solution de SRO par voie orale pendant que la perfusion est mise en place. Donner 100 ml/kg de solution de Ringer au lactate (ou si elle n'est pas disponible, une solution salée isotonique) comme suit:

ÂGE	Donner d'abord 30 ml/kg en:	Puis donner 70 ml/kg en:
Nourrissons (moins de 12 mois)	1 heure*	5 heures
Enfants (12 mois à 5 ans)	30 minutes*	2 ½ heures

- *Renouveler une fois si le pouls est encore très faible ou imperceptible.*

- Réexaminer l'enfant toutes les 1 - 2 heures. Si l'hydratation ne s'améliore pas, accélérer la perfusion.
- Donner également une solution de SRO (environ 5 ml/kg/h) aussitôt que l'enfant est capable de boire (normalement après 3 - 4 heures pour les nourrissons ou 1 - 2 heures pour les enfants).
- Réexaminer un nourrisson après 6 heures et un enfant après 3 heures. Classifier la déshydratation. Ensuite, choisir le plan approprié (A, B ou C) pour continuer le traitement.

NON

Le traitement IV est-il disponible dans les environs (dans les 30 minutes)?

OUI

- Référer d'URGENCE à l'hôpital pour perfusion intraveineuse.
- Si l'enfant est capable de boire, donner à la mère une solution de SRO et lui apprendre à donner fréquemment des gorgées à l'enfant en cours de route.

NON

Etes-vous formés pour utiliser une sonde nasogastrique pour la réhydratation?

OUI

- Commencer la réhydratation à l'aide d'une sonde (ou par voie orale) et la solution de SRO: administrer 20 ml/kg/h pendant 6 heures (total: 120 ml/kg).
- Réexaminer l'enfant toutes les 1 - 2 heures:
 - En cas de vomissements répétés ou de distension abdominale, administrer le liquide plus lentement.
 - Si la réhydratation n'améliore par l'état de l'enfant après 3 heures, référer l'enfant pour perfusion intraveineuse.

NON

Est-ce que l'enfant est capable de boire?

NON

Référer d'URGENCE à l'hôpital pour perfusion intraveineuse ou traitement nasogastrique

REMARQUE:

- Si possible, garder l'enfant en observation pendant 6 heures au moins après la réhydratation pour s'assurer que la mère peut maintenir l'hydratation en administrant à l'enfant la solution de SRO par voie orale.

VACCINER TOUT ENFANT MALADE, SI NÉCESSAIRE

CONSEILLER LA MÈRE

LES ALIMENTS

➤ *Evaluer l'alimentation de l'enfant*

Poser des questions sur l'alimentation habituelle de l'enfant et sur son alimentation durant cette maladie. Comparer les réponses de la mère aux **Recommandations pour l'alimentation** selon l'âge de l'enfant dans le cadre ci-dessous.

DEMANDER -

- Allaiter-vous l'enfant?
 - Combien de fois pendant la journée?
 - L'allaiter-vous aussi pendant la nuit?

- Est-ce que l'enfant consomme d'autres aliments ou liquides?
 - Quels aliments ou liquides?
 - Combien de fois par jour?
 - Comment donnez-vous à manger à l'enfant?
 - Si le poids de l'enfant est faible ou très faible pour son âge: Quelle quantité lui donnez-vous à chaque repas? L'enfant reçoit-il sa ration personnelle? Qui nourrit l'enfant et comment le nourrissez-vous?

- Pendant cette maladie, les habitudes alimentaires de l'enfant ont-elles changé? Si oui, comment?

Recommandations pour l'alimentation (pour nouveau-né ou nourrisson et l'enfant malade et l'enfant en bonne santé)

De 0 à 6 mois



- Allaiter aussi souvent que l'enfant réclame, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures
- Ne pas donner d'autres aliments et liquides

De 6 mois à 9 mois



- Allaiter aussi souvent que l'enfant réclame
- Donner des rations adéquates de : Bouillie enrichie épaisse à base d'un seul céréale (maïs, riz, sorgho, millet, manioc,...)
- Donner des purées de légumes et des fruits (mangue, papaye, banane, orange...)
- 2 à 3 fois par jour si l'enfant est encore allaité ;
- 4 à 5 fois par jour si l'enfant n'est plus allaité.

De 9 mois à 12 mois



- Allaiter aussi souvent que l'enfant réclame.
- Donner des rations adéquates de : bouillie (maïs, riz, patate douce, igname) enrichie soit de soya, d'arachides, de haricots, de viande, de poisson, des chenilles
- Habituer progressivement l'enfant au repas familial (nourriture finement hachée, enfant nourri avec les doigts, aliments coupés en morceaux)
- Donner 4 repas par jour
- Donner des fruits et légumes
- 5 à 6 fois par jour si l'enfant n'est plus allaité.

12 mois à 2 ans



- Allaiter aussi souvent que l'enfant réclame.
- Donner les aliments du plat familial en 3 repas par jour (aliments coupés en rondelle).
- Donner 2 fois par jour, des aliments nutritifs entre les repas comme : bouillies enrichies et collations (beignets, biscuits, gâteaux ...)
- Ajouter les fruits selon les saisons
- Donner 5 repas par jour

2 ans et plus



- Donner les aliments du plat familial en 3 repas par jour.
- Donner 2 fois des aliments nutritifs entre les repas comme : bouillies enrichies et collations (Beignets, biscuits, gâteaux ...)
- Ajouter les fruits selon les saisons

*N.B. Tout bon régime alimentaire doit être adéquat en quantité et inclure des aliments riches en énergie (par exemple, bouillie épaisse de céréales additionnées d'huile) ; de la viande, du poisson, des œufs ou des légumes secs ; et des fruit et légumes, Chenilles.

DONNER UN REPAS SUPPLEMENTAIRE A L'ENFANT MALADE JUSQU'A DEUX SEMAINES APRES SA GUERISON

Recommandations pour l'alimentation d'un enfant avec une DIARRHÉE PERSISTANTE

- S'il est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et plus longtemps, jour et nuit.
- Si l'enfant consomme du lait entier de commerce :
 - Remplacer ce lait en augmentant l'allaitement OU
 - Remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi-solides nutritifs : bouillies à base de céréales + lait .
 - Pour les autres aliments, suivre les recommandations pour l'alimentation de l'enfant selon son âge

➤ RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION

- **Dès la naissance , mettre l'enfant directement au sein, ne pas lui donner de l'eau sucrée ou un autre lait**
- **Si la mère doit rester longtemps éloignée de l'enfant :**
 - Montrer à la mère comment faire l'expression manuelle de son lait et la manière de le conserver et de le donner à l'enfant.
- **La mère qui allaite ne doit jamais prendre un médicament sans l'avis du personnel soignant**
- **Si l'enfant atteint l'âge de sevrage, conseiller à la mère de :**
 - Éviter d'arrêter brusquement l'allaitement
 - Introduire progressivement d'autres aliments en éliminant progressivement une tétée
- **Si l'enfant consomme déjà des aliments du plat familial, conseiller à la mère de :**
 - Équilibrer sa ration alimentaire en apportant les 3 groupes d'aliments (de construction, énergétiques et de fonctionnement
 - Donner au moins 5 repas par jour
 - Adapter la cuisson des aliments à l'âge de l'enfant
 - Faire consommer à l'enfant des aliments aussitôt après la préparation ou après les avoir réchauffés
 - Garder les aliments de l'enfant bien couverts
 - Éviter de faire manger l'enfant dans un même plat que les enfants plus grands
- **Si l'enfant est malade, conseiller à la mère de donner un repas supplémentaire à l'enfant jusqu'à deux semaines après sa guérison**
- **La mère doit toujours elle même veiller attentivement à l'alimentation de l'enfant**

➤ **Conseils sur les problèmes d'alimentation**

Si l'enfant n'est pas nourri comme indiqué ci-dessus, conseiller la mère en conséquence. En outre:



- **Si la mère signale qu'elle a des difficultés à allaiter au sein, évaluer l'allaitement. (Voir tableau *EVALUER, CLASSER ET TRAITER LE NOURRISSON*.) Si nécessaire, montrer à la mère le bon positionnement pour l'allaitement et la bonne prise du sein**

- **Si l'enfant a moins de 6 mois et consomme un autre lait ou d'autres aliments:**

- Renforcer la confiance de la mère en lui assurant qu'elle peut produire tout le lait dont l'enfant a besoin.
- Suggérer de mettre l'enfant au sein plus fréquemment, de l'y laisser plus longtemps, le jour comme la nuit, et de réduire progressivement l'autre lait ou les aliments.

Si la consommation d'un autre lait doit continuer, conseiller à la mère:

- D'allaiter au sein autant que possible, y compris la nuit.
- De s'assurer que l'autre lait est un lait de substitution approprié.
- De s'assurer que l'autre lait est préparé correctement, hygiéniquement et est donné en quantité appropriée.
- De donner en une fois la tasse de lait préparé.



- **Si la mère nourrit l'enfant au biberon:**

- Recommander de remplacer le biberon par une tasse.
- Montrer à la mère comment utiliser une tasse pour nourrir son enfant.

- **Si l'enfant se nourrit mal, conseiller à la mère:**

- De s'asseoir avec l'enfant et de l'encourager à manger.
- De donner à l'enfant une ration adéquate sur une assiette ou dans un bol séparé.

- **Si l'enfant se nourrit mal pendant une maladie, conseiller à la mère:**

- D'allaiter au sein plus fréquemment et plus longtemps, si possible.
- D'offrir des aliments faciles à manger, variés, appétissants et préférés par l'enfant pour l'encourager à manger le plus possible, et lui donner de fréquents petits repas.
- De désobstruer le nez de l'enfant si son nez bouché l'empêche de manger.
- Dire à la mère que l'appétit sera meilleur quand l'enfant ira mieux.
- D'ajouter un ou deux repas supplémentaires adéquats



- **Revoir tout problème d'alimentation dans 5 jours.**

LES LIQUIDES, QUAND REVENIR

➤ **Conseiller à la mère d'augmenter la consommation de liquides pendant toute maladie**

POUR TOUT ENFANT MALADE:

- Allaiter au sein plus fréquemment et pendant plus longtemps.
- Augmenter les liquides. Par exemple, donner de l'eau potable, du potage, de l'eau de riz, du lait de coco.

POUR L'ENFANT qui fait la diarrhée:

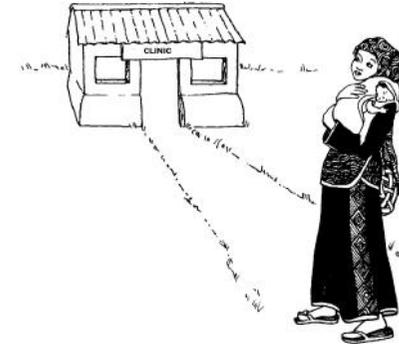
- L'administration des liquides supplémentaires peut sauver la vie de l'enfant diarrhéique. Administrer les liquides selon le Plan A ou le Plan B du tableau *TRAITER L'ENFANT*.

➤ **Expliquer à la mère quand revenir au centre de santé**

VISITE DE SUIVI

Demander à la mère de revenir pour une visite de suivi dans le plus court des délais mentionnés pour les problèmes de l'enfant.

Si l'enfant a:	Revenir pour une visite de suivi dans:
PNEUMONIE DYSENTERIE PALUDISME, si la fièvre persiste ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS AUX YEUX OU À LA BOUCHE	2 jours
DIARRHÉE PERSISTANTE INFECTION AIGUË DE L'OREILLE INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE PROBLÈME D'ALIMENTATION AUTRE MALADIE, s'il n'y a pas d'amélioration	5 jours
MALNUTRITION AIGUE SEVERE SANS COMPLICATIONS	7 jours
ANEMIE SUSPICION D'INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE MALNUTRITION AIGUE MODEREE	14 jours



QUAND REVENIR IMMÉDIATEMENT

Conseiller à la mère de revenir immédiatement si l'enfant présente l'un

Tout enfant malade qui:	<ul style="list-style-type: none"> • Est incapable de boire ou de téter • Devient plus malade • Développe de la fièvre;
Si l'enfant est classé PAS DE PNEUMONIE: TOUX OU RHUME, revenir également si:	<ul style="list-style-type: none"> • La respiration devient rapide • La respiration devient difficile
Si l'enfant a la diarrhée, revenir également si:	<ul style="list-style-type: none"> • Les selles contiennent du sang • L'enfant boit difficilement

➤ **Conseiller la mère d'un enfant suspect d'Infection à VIH symptomatique**

- La rassurer qu'avec l'aide du personnel, beaucoup de choses peuvent être faites pour améliorer la santé de l'enfant.
- Conseiller sur les grossesses ultérieures, les rapports sexuels protégés et le traitement précoce des maladies sexuellement transmissibles.
- Si elle est VIH +:
 - en cas de mastite, abcès du sein, crevasse, lui conseiller de ne plus donner le sein affecté.
 - encourager la mère à réaliser le dépistage des cas index(le reste des membres de la famille)
- Encourager la mère à rechercher conseils et test volontaire pour le VIH/SIDA.
- Assurer une bonne nutrition. Conseiller la mère sur les bonnes pratiques alimentaires.
- Insister sur l'hygiène individuelle et l'importance de se laver les mains.
- Avec le consentement de la mère, informer l'agent de santé communautaire et/ou un groupe local de soutien.

➤ **Donner des conseils à la mère sur sa propre santé**

- Si la mère est malade, la soigner ou la référer pour assistance.
- Si elle a un problème aux seins (tel que engorgement, crevasse du mamelon, infection du sein), la soigner ou la référer pour traitement .
- Lui conseiller de bien se nourrir pour entretenir sa force et sa santé.
- Vérifier l'état vaccinal de la mère, lui faire une piqûre antitétanique si nécessaire et l'encourager à participer aux activités de vaccination supplémentaires.
- S'assurer qu'elle a accès:
 - A la santé de la reproduction et au planning familial

SUIVI DES SOINS

- Soigner l'enfant ramené au centre de santé pour une visite de suivi, en utilisant tous les cadres qui correspondent aux classifications précédentes de l'enfant.
- Si l'enfant présente un nouveau problème, évaluer, classer et traiter le nouveau problème comme indiqué au tableau **EVALUER ET CLASSER**.

➤ PNEUMONIE

Après 2 jours:

Rechercher les signes généraux de danger.
Evaluer l'enfant pour toux ou difficultés respiratoires.

} Voir tableau **EVALUER & CLASSER**.

Demander:

- L'enfant respire-t-il plus lentement?
- La fièvre est-elle moins élevée?
- L'enfant se nourrit-il mieux?

Traitement:

- Si **tirage ou signe général de danger**, administrer une dose d'antibiotique de seconde intention ou du chloramphénicol en intramusculaire. Ensuite, référer d'URGENCE à l'hôpital.
- Si **la respiration, la fièvre et la prise d'aliments sont les mêmes**, changer le traitement pour l'antibiotique de seconde intention et conseiller à la mère de revenir dans 2 jours ou référer. (Si l'enfant a eu la rougeole au cours des 3 derniers mois et si l'enfant est suspect d'infection à VIH, référer.)
- Si **la respiration est plus lente, la fièvre est moins élevée ou l'alimentation s'est améliorée**, terminer le traitement antibiotique de 3 jours.

➤ DIARRHÉE PERSISTANTE

Après 5 jours:

Demander:

- La diarrhée s'est-elle arrêtée?
- Combien de selles liquides l'enfant a-t-il chaque jour?

Traitement:

- Si **la diarrhée n'est pas arrêtée (l'enfant a encore 3 selles liquides ou plus par jour)**, refaire une évaluation complète de l'enfant. Donner le traitement nécessaire. Puis référer l'enfant à l'hôpital.
- Si **la diarrhée est arrêtée (l'enfant a moins de 3 selles liquides par jour)**, dire à la mère de suivre les conseils d'alimentation appropriés pour l'âge de l'enfant.

➤ DYSENTERIE

Après 2 jours:

Evaluer l'enfant pour la diarrhée. > Voir le tableau **EVALUER & CLASSER**.

Demander:

- Les selles sont-elles moins nombreuses?
- Les selles contiennent-elles moins de sang?
- La fièvre est-elle moins élevée?
- Les douleurs abdominales sont-elles moins prononcées?
- L'enfant se nourrit-il mieux?

Traitement:

- Si l'enfant est **déshydraté**, traiter la déshydratation.
- Si **le nombre de selles, la quantité de sang dans les selles, la fièvre, les douleurs abdominales ou l'alimentation sont les mêmes ou se sont aggravés**: Référer l'enfant à l'hôpital
- Si **le nombre de selles, la quantité de sang dans les selles, la fièvre, les douleurs abdominales sont moindres et si l'alimentation s'est améliorée**, continuer à administrer le même antibiotique jusqu'à la fin du traitement.

➤ PALUDISME

Au 3^{ème} jour du traitement

Si la fièvre persiste :

Refaire une évaluation complète de l'enfant.,
Ne pas répéter TDR si positif à la 1^{ère} visite } Voir le tableau **EVALUER & CLASSER**.

Rechercher d'autres causes de fièvre.

Traitement:

- Si l'enfant présente **un signe général de danger ou une raideur de la nuque**, traiter comme **MALADIE FEBRILE TRÈS GRAVE**.
- Si l'enfant présente **une cause de fièvre autre que le paludisme**, donner le traitement.
Si le paludisme est la seule cause de la fièvre: il s'agit probablement d'une résistance à la première molécule, donnez une autre association thérapeutique recommandée (AS-AQ si AL était donné ou AL si AS-AQ était donné avant)
 - Conseiller à la mère de revenir dans 2 jours si la fièvre continue.

SUIVI DES SOINS

- Soigner l'enfant ramené au centre de santé pour une visite de suivi, en utilisant tous les cadres qui correspondent aux classifications précédentes de l'enfant.
- Si l'enfant présente un nouveau problème, évaluer, classer et traiter le nouveau problème comme indiqué au tableau **ÉVALUER ET CLASSER**.

➤ MALADIE FEBRILE

Après 2 jours :

Refaire une évaluation complète de l'enfant. *Voir le tableau ÉVALUER & CLASSER.*
Répéter TDR

Traitement:

- Si l'enfant présente **un signe général de danger ou une raideur de la nuque**, traiter comme **MALADIE FEBRILE TRÈS GRAVE**.
- Si la fièvre persiste, référer pour bilan.
- Si amélioration, continuer le traitement jusqu'à la fin.

CAS SUSPECT DU PALUDISME

Au jour 3 du traitement, si la fièvre persiste, Refaire une évaluation complète de l'enfant. Faire le TDR si disponible actuellement. Si TDR négatif, rechercher les autres causes de la fièvre.

Si le paludisme est la seule cause de la fièvre: il s'agit probablement d'une résistance à la première molécule, donnez une autre association thérapeutique recommandée (AS-AQ si AL était donné ou AL si AS-AQ était donné avant)

➤ ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS AUX YEUX OU À LA BOUCHE

Après 2 jours:

Regarder si les yeux sont rouges et s'il y a écoulement de pus.
Regarder si la bouche a des ulcérations.
Sentir l'odeur de la bouche.

Traitement de l'infection de l'oeil:

- Si **du pus s'écoule encore des yeux**, demander à la mère de décrire comment elle a traité l'infection de l'oeil. Si le traitement était correct, référer l'enfant à l'hôpital. Si le traitement était incorrect, apprendre à la mère à traiter correctement.
- Si **le pus a disparu mais les yeux sont encore rouges**, continuer le traitement.
- S'il **n'y a plus de pus ni de rougeur**, arrêter le traitement au bout de cinq jours.
- si **l'opacité de la cornée apparaît**, référer à l'hôpital

Traiter des ulcérations dans la bouche:

- Si **les ulcérations se sont aggravées ou si la bouche dégage une très mauvaise odeur**, référer l'enfant à l'hôpital.
- Si **les ulcérations sont identiques** ou amélioration, continuer le traitement au violet de gentiane (dilué de moitié) pendant 5 jours.

➤ INFECTION DE L'OREILLE

Après 2 jours:

Réévaluer le problème d'oreille
Prendre la température de l'enfant } *Voir tableau ÉVALUER & CLASSER.*

Traitement:

- S'il y a **gonflement douloureux derrière l'oreille ou si la fièvre est élevée (38.5°C ou plus)**, référer l'enfant d'URGENCE à l'hôpital.
- **Infection aiguë de l'oreille: si la douleur de l'oreille ou l'écoulement persiste**, traiter pendant 3 jours supplémentaires avec le même antibiotique. Continuer à assécher l'oreille. Revoir dans 3 jours.
- **Infection chronique de l'oreille:** Vérifier si la mère assèche l'oreille correctement et donne l'antibiotique prescrit. L'encourager à continuer. Si après 10 jours de traitement, il n'y a pas d'amélioration, référer à l'hôpital
- Si **l'oreille n'est pas douloureuse et ne coule pas**, féliciter la mère pour le traitement correct. Si elle n'a pas fini le traitement antibiotique de 5 jours, lui

➤ ANEMIE

SI PAS DE DREPANOCYTOSE NI SUSPICION DE DREPANOCYTOSE

Au jour 15

- Donner du fer. Conseiller à la mère de revenir chercher du fer dans 14 jours
- Continuer à donner du fer tous les jours pendant 2 mois
- Si la pâleur palmaire est encore présente chez l'enfant après 2 mois référer pour bilan
- Encourager la mère à continuer à donner les aliments appropriés

SI DREPANOCYTAIRE CONNU OU SUSPICION DE DREPANOCYTOSE

- Réévaluer le problème de la drépanocytose
 - Si **douleur disparaît, conseiller la mère**
 - Si **douleur persiste, référer**
 - Si **douleur s'aggrave, référer d'urgence**
- Donner L'acide folique (toute la vie)
- Donner la pénicilline V (toute la vie)
- Donner du paracétamol (en cas des douleurs)
- Conseiller sur les règles hygiéno-diététique
- Si test d'Emmel positif, référer pour confirmation (électrophorèse)

➤ PROBLÈME D'ALIMENTATION

Après 5 jours:

Réévaluer l'alimentation. Voir questions en haut du tableau **CONSEILLER LA MÈRE**
Poser des questions sur les problèmes d'alimentation notés lors de la première visite.

- Conseiller la mère sur tout nouveau problème ou problème persistant

SUIVI DES SOINS

- Soigner l'enfant ramené au centre de santé pour une visite de suivi, en utilisant tous les cadres qui correspondent aux classifications précédentes de l'enfant.
- Si l'enfant présente un nouveau problème, évaluer, classer et traiter le nouveau problème comme indiqué au tableau *ÉVALUER ET CLASSER*.

➤ MALNUTRITION AIGUE SEVERE SANS COMPLICATION

Après 7 jours:

- Peser l'enfant
- Mesurer la taille
- Mesurer le PB
- Déterminer l'indice P/T
- Rechercher les œdèmes
- Rechercher les signes d'amaigrissement visible et sévère
- Réévaluer l'enfant

Refaire le TDR si TDR négatif lors de la 1ère visite

Traitement:

- Si amélioration (gain pondéral, fonte des œdèmes, augmentation du PB, gain de l'indice P/T) , féliciter la mère et l'encourager à continuer.
- Si état reste stationnaire :
 - après 2 semaines faire une visite à domicile
 - référer à l'hôpital après la VAD si toujours pas d'amélioration
- Si détérioration (perte pondérale, apparition ou aggravation des œdèmes, diminution du PB, de l'indice P/T, apparition des signes de complication) référer d'urgence à l'hôpital

Si TDR positif, traiter Paludisme

➤ MALNUTRITION AIGUE MODEREE

Après 14 jours:

- Peser l'enfant
- Mesurer la taille
- Mesurer le PB
- Déterminer l'indice P/T
- Rechercher les œdèmes
- Rechercher les signes d'amaigrissement visible et sévère
- Réévaluer l'enfant

Refaire le TDR si TDR négatif lors de la 1ère visite

Traitement:

- Si amélioration (gain pondéral, augmentation du PB, gain de l'indice P/T) , féliciter la mère et l'encourager à continuer.
- Si état reste stationnaire :
 - après 4 semaines faire une visite à domicile
 - le traiter selon
- Si détérioration (perte pondérale, apparition des œdèmes, diminution du PB, de l'indice P/T):
 - sans signes de complication: le référer à l'UNTA

SI D'AUTRES VISITES DE SUIVI SONT NÉCESSAIRES EN FONCTION DE LA PREMIÈRE VISITE OU DE CETTE VISITE
 CONSEILLER À LA MÈRE DE REVENIR POUR **LA PROCHAINE VISITE DE SUIVI**
 EN OUTRE, EXPLIQUER À LA MÈRE **QUAND REVENIR IMMÉDIATEMENT**.
 (Voir tableau *CONSEILLER LA MÈRE*.)

SUIVI DES SOINS

SUSPICION D'INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE

PREMIERE VISITE DE SUIVI,

Après 14 jours

- Vérifier si l'enfant a bénéficié d'un test VIH et si les résultats ont été communiqués. Rassurez-vous que la mère a reçu un conseil post test.
- Evaluer complètement l'état de l'enfant. voir Evaluer et Classer Pages 3 à 9
- Traiter l'enfant pour toute classification trouvée.
- Rechercher un muguet buccal et inflammation de la bouche.
- Rechercher les problèmes d'alimentation. Conseiller la mère sur tout nouveau problème ou si les problèmes continuent.
- Vérifier le poids de l'enfant et transférer s'il y a des problèmes de croissance malgré une alimentation adéquate.
- Vérifier si l'enfant doit recevoir de la vitamine A. Donner la dose nécessaire.
- Conseiller la mère de ramener l'enfant si une nouvelle maladie survient ou si elle devient inquiète.
- Faire un suivi au 14 ième jour puis 1x /3mois (Trimestirel)
- Arrêtez la prophylaxie au cotrimoxazole si exclusion du VIH par le test virologique ou sérologique après 18 mois
- Arrêter la prophylaxie ARV après 6 semaines si le test virologique est négatif
-

Si le test VIH est positif

- Commencer le cotrimoxazole pour prévenir une pneumopathie à pneumocystis carinii (PCP). Conseiller la mère sur l'importance de continuer le traitement.
- Conseiller la mère sur les autres problèmes et s'assurer qu'un soutien de la communauté lui est apporté là où cela existe.
- Faire un suivi mensuel après la première visite.
- A chaque visite :

AUTRES VISITES DE SUIVI

Après 1 mois,

- Procéder comme pour la première visite de suivi (voir ci haut) puis,
- Rechercher tout problème cutané et bucco-dentaire.
- Donner un supplément de cotrimoxazole. Conseiller la mère sur l'importance de continuer le traitement.
- Conseiller la mère sur les autres problèmes et s'assurer qu'un soutien de la communauté lui est apporté là où cela existe.
- Faire un suivi mensuel

SI L'ENFANT EST SOUS ANTIRETROVIRAUX (ARV),

- Procéder comme pour les visites de suivi (voir page 23) puis,
- Vérifier la prise correcte et adéquate des doses prescrites
- Vérifier les paramètres anthropométriques (Taille, poids, périmètre crânien, périmètre brachial)
- Vérifier les éléments psycho-moteurs (retard de développement)
- Traiter les infections intercurrentes
- Vérifier l'anémie, si elle persiste dans les 4 semaines après le début des ARV malgré les mesures correctrices , référer pour bilan
- Vérifier l'apparition de la jaunisse, du rash cutané , des douleurs abdominales persistantes
- S'assurer que l'enfant urine correctement (quantité).
- Faire un suivi mensuel

EVALUER, CLASSER ET TRAITER LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON MALADE ÂGÉ DE 0 À 2 MOIS

EVALUER RAPIDEMENT TOUS LES NOUVEAU-NES ET NOURRISSONS QUI ATTENDENT

DEMANDER À LA MÈRE QUELS SONT LES PROBLÈMES DU NNE OU NOURRISSON

- Déterminer s'il s'agit d'une première visite ou d'une visite de suivi pour ce problème.
 - S'il s'agit d'une visite de suivi, suivre les instructions en bas du tableau ci-dessous.
 - S'il s'agit de la première visite, évaluer l'état du nouveau-né ou nourrisson comme suit:

POUR CLASSER LA MALADIE, UTILISER TOUS LES CADRES QUI CORRESPONDENT AUX SYMPTÔMES ET PROBLÈMES DU NOUVEAU-NE ET NOURRISSON.

- Revoir dans 2 jours l'enfant mis sous traitement
- Si autre cause de fièvre non trouvée, référer l'enfant

RECHERCHER LA POSSIBILITE D'INFECTIONS BACTERIENNES GRAVES OU UNE MALADIE TRES GRAVE, PNEUMONIE ET INFECTION BACTERIENNE LOCALE

	SIGNES	CLASSER	IDENTIFIER LE TRAITEMENT <small>(Les traitements urgents pré-évacuation sont en caractères gras)</small>		
<p>DEMANDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nouveau-né ou nourrisson a-t-il eu des convulsions? • Le nouveau-né ou nourrisson a-t-il des difficultés à s'alimenter 	<p>OBSERVER, ÉCOUTER, PALPER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compter les mouvements respiratoires pendant une minute. Recommencer si le nombre est élevé. • Rechercher un tirage sous-costal grave. • Regarder et écouter un geignement expiratoire. • Regarder l'ombilic. Est-il rouge ou suintant de pus? • Regarder les yeux. Sont-ils suintant de pus? • Prendre la température (ou toucher) : le nourrisson a-t-il de la fièvre (37,5°C) ou est-il hypothermique (35,5°) ? • Rechercher les pustules cutanées. • Observer si le nouveau-né ou nourrisson pleure sans cesse • Observer les mouvements du nouveau-né ou nourrisson. Bouge-t-il moins ou pas du tout même quand il est stimulé? • Observer si le nouveau-né ou nourrisson a une cyanose centrale • Vérifier si le nouveau-né ou nourrisson a des difficultés de s'alimenter 	<p>Classer TOUS LES NOUVEAUX-NES ou NOURRISSONS</p>	<p>Un ou plus d'un signe parmi les suivants: -Incapable de s'alimenter depuis la naissance, a cessé de bien s'alimenter ou ne s'alimente pas du tout ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convulsions ou • Respiration rapide (60 mouvements respiratoires par minute ou plus) ou • Tirage sous-costal grave ou • Geignement expiratoire ou • Fièvre (37.5°C* ou plus, ou corps chaud au toucher), ou hypothermie (en-dessous de 35.5°C*) ou • Pleure sans cesse ou • Bouge peu ou pas du tout même stimulé ou • Respiration rapide(60 respirations par minute ou plus) chez le nouveau-né de moins de 7 jours. 	<p>POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE</p> <p>OU</p> <p>MALADIE TRES GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner la première dose d'un antibiotique approprié en intramusculaire. ➤ Traiter pour éviter l'hypoglycémie. ➤ Expliquer à la mère comment veiller à ce que le nourrisson n'ait pas froid sur le chemin de l'hôpital. ➤ Référer d'URGENCE à l'hôpital.**
			<ul style="list-style-type: none"> • Respiration rapide(60 respirations par minute ou plus) chez les nouveau-nés ou nourrissons âgé de 7 à 59 jours 	<p>PNEUMONIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Donner l'Amoxycilline par voie orale pendant 7 jours -Expliquer à la mère comment soigner le nourrisson à domicile. -Revoir après 2 jours de traitement -Expliquer à la mère quand revenir immédiatement
			<ul style="list-style-type: none"> • Ombilic rouge ou suintant de pus • Pustules cutanées • Yeux suintant de pus 	<p>INFECTION BACTERIENNE LOCALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Donner l'Amoxycilline par voie orale pendant 5 jours -Apprendre à la mère à traiter les infections locales à domicile. -Expliquer à la mère comment soigner le nourrisson à domicile. -Revoir après 2 jours de traitement --Expliquer à la mère quand revenir immédiatement
<p>-Aucun signe d'infection bactérienne</p>	<p>INFECTION BACTERIENNE PEU PROBABLE</p>	<p>Expliquer à la mère comment soigner le nourrisson à domicile</p>			

* Ces seuils sont basés sur la température axillaire. Les seuils de température rectale sont plus élevés d'environ 0,5°C

PUIS RECHERCHER L'ICTERE

DEMANDER:	OBSERVER,
Si coloration jaune présente, demander depuis combien de temps	<ul style="list-style-type: none"> • Observer si la peau est jaune <ul style="list-style-type: none"> ➤ si l'enfant a moins de 24h, observer la peau du visage ➤ Si l'enfant a 24h ou plus, observer les paumes des mains et les plantes des pieds

**Classer
l'ictère**

SIGNES	CLASSER	IDENTIFIER LE TRAITEMENT (Les traitements urgents pré- évacuation sont en caractères gras)
<ul style="list-style-type: none"> • Peau du visage jaune et enfant âgé de 24 h ou moins ou • Paumes des mains et plantes des pieds jaunes et enfant âgé de plus de 24 h 	ICTERE SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter pour éviter l'hypoglycémie : Encourager l'allaitement maternel. Si allaitement difficile, donner un supplément des liquides à la tasse ou la cuillère. ➤ Expliquer à la mère comment veiller à ce que le nourrisson n'ait pas froid sur le chemin de l'hôpital. ➤ Référer d'URGENCE à l'hôpital.
<ul style="list-style-type: none"> • Peau de visage jaune , paumes des mains et plantes des pieds pas jaunes et enfant âgé de plus de 24 h 	ICTERE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expliquer à la mère comment soigner le nourrisson à domicile. ➤ Conseiller la mère à allaiter le plus et aussi longtemps que le nourrisson réclame ,jour et nuit ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement
<ul style="list-style-type: none"> • Peau de visage, paumes et plantes des pieds pas jaunes 	PAS D'ICTERE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expliquer à la mère comment prendre soin du nourrisson à domicile. ➤ Expliquer à la mère quand revenir

PUIS DEMANDER:

Le nouveau-né ou nourrisson a-t-il la diarrhée?

SI OUI, DEMANDER:

- Depuis combien de temps?
- Y a-t-il du sang dans les selles?

OBSERVER ET PALPER:

- Observer l'état général du nouveau-né ou nourrisson.
 - Bouge-t-il moins ou pas du tout?
 - Est-il: Agité et irritable?
- Regarder si les yeux sont enfoncés.
- Pincer la peau de l'abdomen. Le pli cutané s'efface-t-il:
 - Très lentement (plus de 2 secondes)?
 - Lentement?

Classer la DIARRHÉE

➤ repeat above.

Pour la DÉSHYDRATATION

et si la diarrhée dure depuis 14 jours ou plus

et s'il y a du sang dans les selles

<p>Deux des signes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bouge-t-il moins ou pas du tout ou • Yeux enfoncés • Pli cutané s'efface très lentement. 	<p>DÉSHYDRATATION SÉVÈRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si le nouveau-né ou nourrisson n'est pas classé POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE Donner des liquides pour déshydratation sévère (Plan C) OU ➤ Si le nourrisson est aussi classé POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE: <ul style="list-style-type: none"> - Référer d'URGENCE à l'hôpital, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. - Conseiller à la mère de maintenir le nourrisson au chaud
<p>Deux des signes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agité, Irritable • Yeux enfoncés • Pli cutané s'efface lentement. 	<p>SIGNES ÉVIDENTS DE DÉSHYDRATATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner des liquides et du lait maternel pour signes évidents de déshydratation (Plan B). ➤ Si le nourrisson est aussi classé POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE: <ul style="list-style-type: none"> - Référer d'URGENCE à l'hôpital, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. - Conseiller à la mère de continuer l'allaitement ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement
<ul style="list-style-type: none"> • Pas assez de signes pour classer comme signes évidents de déshydratation ou déshydratation sévère 	<p>PAS DE DÉSHYDRATATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner des liquides et du lait maternel pour traiter la diarrhée à domicile (Plan A). ➤ Expliquer à la mère quand revenir
<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée depuis 14 jours ou plus 	<p>DIARRHÉE PERSISTANTE SEVERE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si le nouveau-né ou nourrisson est déshydraté, traiter la déshydratation avant la référence, sauf s'il est aussi classé POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE ➤ Référer à l'hôpital.
<ul style="list-style-type: none"> • Sang dans les selles. 	<p>SANG DANS LES SELLES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter le nouveau-né ou nourrisson pour éviter l'hypoglycémie. ➤ Donner la vitamine K ➤ Conseiller à la mère de garder le nourrisson au chaud.

PUIS RECHERCHER L'INFECTION À VIH CHEZ LE NOURRISSON

DEMANDER :

- La mère a-t-elle fait un test VIH ?
Si oui :
Le test sérologique était-il POSITIF ou NÉGATIF ?
- Le nourrisson a-t-il subi un test VIH ?
Si oui :
Le test virologique était-il POSITIF ou NÉGATIF ?
Le test sérologique était-il POSITIF ou NÉGATIF ?

Si la mère est VIH positive et il n'y AUCUN test virologique positif chez l'enfant, DEMANDER :

- Le nourrisson continue-t-il à être allaité ?
- Le nourrisson était-il allaité quand on avait fait le test ou avant le test ?
- La mère et le nourrisson sont-ils sous prophylaxie ARV PTME ?

SI AUCUN test : statut de la mère et du nourrisson inconnu

- Pratiquer un test VIH chez la mère. c'est positif, pratiquer le test virologique chez le nourrisson.

Classer l'**INFECTION A VIH** sur base

* SIGNES EVOCATEURS DU VIH/SIDA

- Fièvre au long cours (7 jours ou plus) ne répondant pas aux traitements usuels
- Un épisode de diarrhée qui a duré 14 jours ou plus
- Adénopathies dans au moins 1 site suivant: cou, creux axillaires.
- P/T < -3 Z score
- Une candidose buccale.
- Toux persistante de plus de 14 jours
- Pneumonie actuelle,
- Écoulement d'oreille actuel
- Des éruptions prurigineuses cutanées généralisées.
- notion de Tuberculose chez l'enfant ou/et l'entourage

SIGNE	CLASSER	IDENTIFIER LE TRAITEMENT
<ul style="list-style-type: none"> • Le nourrisson a un test virologique positif 	INFECTION À VIH CONFIRMÉ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner la prophylaxie à la cotrimoxazole chez les enfants âgés de 4–6 semaines ➤ Référer ou donner les soins du VIH/TARV ➤ Évaluer l'allaitement du nourrisson et donner des conseils si c'est nécessaire ➤ Expliquer à la mère les soins à domicile ➤ Assurer le suivi selon les directives nationales
<ul style="list-style-type: none"> • Mère VIH positive ET test virologique négatif chez le nourrisson qui est allaité ou qui n'est plus allaité il y a moins de 6 semaines OU • Mère VIH positive, nourrisson pas encore testé 	EXPOSE AU VIH : INFECTION À VIH POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner la prophylaxie à la cotrimoxazole chez les enfants âgés de 4–6 semaines ➤ Commencer ou continuer la prophylaxie aux ARV ➤ Évaluer l'allaitement du nourrisson et donner des conseils appropriés sur l'alimentation ➤ Pratiquer le test virologique à l'âge de 4-6 semaines ou répéter 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement au sein ➤ Expliquer à la mère les soins à domicile
Test VIH pas encore pratiqué chez la mère ou chez le nourrisson avec au moins 4 signes cliniques *	SUSPICION D'INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Encourager le test VIH après counseling ➤ Commencer le traitement pour les autres classifications ➤ Assurer la prise en charge de l'infection à VIH symptomatique ➤ Assurer la prophylaxie au cotrimoxazole ➤ Commencer les ARV si l'enfant est éligible ➤ Évaluer l'alimentation de l'enfant et donner des conseils si besoin
Test VIH (sérologique) négatif) chez la mère ou chez le nourrisson	INFECTION À VIH PEU PROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter, conseiller et suivre les infections en cours ➤ Donner des conseils à la mère sur l'alimentation et sur sa propre santé

PUIS RECHERCHER LE PROBLÈME D'ALIMENTATION OU D'INSUFFISANCE PONDÉRALE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET NOURRISSONS NOURRIS AU SEIN

		SIGNE	CLASSER	IDENTIFIER LE TRAITEMENT	
<p>DEMANDER :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le nouveau-né ou nourrisson est-il nourri au sein ? Si oui, combien de fois en 24 heures ? Le nouveau-né ou nourrisson reçoit-il d'habitude d'autres aliments ou d'autres boissons ? Si oui, combien de fois ? <p>OBSERVER ET PALPER :</p> <ul style="list-style-type: none"> Déterminer le poids pour l'âge. Poids inférieur à 1,5 kg? Poids pour l'âge moins de -3 Z score? Rechercher les ulcérations ou les plaques blanches dans la bouche (muguet). 		<p>Classer l'ALIMENTATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> Poids < 1,5 kg, <u>ou</u> Poids < -3 Z score 	<p>POIDS TRÈS FAIBLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Traiter pour prévenir l'hypoglycémie. Référer d'URGENCE à l'hôpital. Expliquer à la mère comment veiller à ce que le nouveau-né ou nourrisson n'ait pas froid sur le chemin de l'hôpital
<p>ÉVALUER L'ALIMENTATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le nouveau-né ou nourrisson a-t-il été nourri au sein durant l'heure précédente ? Si le nouveau-né ou nourrisson n'a pas été nourri au sein durant l'heure précédente: <ul style="list-style-type: none"> -Demander à la mère de mettre le nourrisson au sein. -Observer l'allaitement pendant 4 minutes. Si le nouveau-né ou nourrisson a été allaité durant l'heure précédente: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>POUR VÉRIFIER LA PRISE DE SEIN, REGARDER SI :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'aréole est plus visible au-dessus qu'au-dessous de la bouche -La bouche est grande ouverte -La lèvre inférieure est éversée vers l'extérieur -Le menton touche le sein </div> <ul style="list-style-type: none"> -Demander à la mère si elle peut attendre et vous dire quand le nourrisson réclamera le sein de nouveau. le nouveau-né ou nourrisson peut-il bien prendre le sein ? 			<ul style="list-style-type: none"> Mauvaise prise du sein, <u>ou</u> Succion non efficace <u>ou</u> Moins de 8 tétées en 24 heures <u>ou</u> Reçoit d'autres aliments ou liquides <u>ou</u> Poids faible pour l'âge <u>ou</u> Muguet (ulcérations ou plaques) 	<p>PROBLÈME D'ALIMENTATION et/ou POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si la prise du sein est mauvaise ou si la succion n'est pas efficace, expliquer la bonne position et la bonne prise du sein. Si le nouveau-né ou nourrisson est incapable de bien prendre le sein immédiatement, expliquer à la mère comment exprimer le lait et nourrir l'enfant en se servant d'une tasse Si la mère allaite au sein moins de 8 fois en 24 heures, lui conseiller d'allaiter plus souvent. Lui conseiller d'aller aussi souvent que le nourrisson le veut, jour et nuit. Si le nouveau-né ou nourrisson reçoit d'autres aliments ou liquides, conseiller à la mère d'allaiter davantage, de réduire les autres aliments et liquides, et d'utiliser une tasse. Si pas d'allaitement au sein: <ul style="list-style-type: none"> Référer pour conseils sur l'allaitement au sein et éventuellement la relactation. Apprendre à la mère à préparer correctement un substitut au lait maternel et à utiliser une tasse. Apprendre à la mère comment nourrir un nouveau-né ou nourrisson de faible poids et
		<ul style="list-style-type: none"> Pas de poids faible pour l'âge et aucun signe d'alimentation inadéquate 	<p>PAS DE PROBLÈME D'ALIMENTATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> Apprendre à la mère à soigner le nouveau-né ou nourrisson à domicile. Féliciter la mère pour la bonne alimentation 	

PUIS RECHERCHER LE PROBLÈME D'ALIMENTATION OU D'INSUFFISANCE PONDÉRALE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET NOURRISSONS QUI NE REÇOIVENT PAS DU LAIT MATERNEL

(utiliser ce tableau quand une mère VIH positive décide de ne pas allaiter, mère incapable d'allaiter, gravement malade ou décédée)

		SIGNES	CLASSER	IDENTIFIER LE TRAITEMENT
<p>DEMANDER :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel lait donnez-vous à votre bébé ? • Combien de fois le jour et la nuit ? • Quelle est la quantité à chaque fois ? • Comment préparez-vous ce lait ? Laisser la mère démontrer ou expliquer comment elle prépare et comment elle nourrit son nouveau-né ou nourrisson. • Comment le lait est-il donné ? A l'aide d'une tasse ou d'une bouteille ? • Comment nettoyez-vous les ustensiles d'alimen- 	<p>OBSERVER, ÉCOUTER, PALPER :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le poids pour l'âge. Poids moins de 1,5 kg? Poids pour l'âge moins de -3 Z score? • Rechercher les ulcérations ou les plaques blanches dans la bouche (muguet). 	<p>Classer l'ALIMENTATION</p>		
		<ul style="list-style-type: none"> • Poids < 1,5 kg, <u>ou</u> • Poids < -3 Z score 	POIDS TRÈS FAIBLE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Traiter pour prévenir l'hypoglycémie. ➢ Référer d'URGENCE à l'hôpital. ➢ Expliquer à la mère comment veiller à ce que le nouveau-né ou nourrisson n'ait pas froid sur le chemin de l'hôpital.
		<ul style="list-style-type: none"> • Donne des aliments de substitution inappropriés <u>ou</u> • Donne des aliments de substitution insuffisants <u>ou</u> • Lait préparé de façon inappropriée ou non hygiénique <u>ou</u> • Utilise un biberon <u>ou</u> • Une mère VIH positive mélange le lait maternel et les autres aliments avant 6 mois 	PROBLÈME D'ALIMENTATION et/ou POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Conseiller au sujet de l'alimentation ➢ Expliquer les directives sur les aliments de substitution ➢ Identifier les soucis de la mère et de la famille au sujet de l'alimentation. ➢ Si la mère utilise un biberon, lui apprendre à utiliser une tasse. ➢ En cas de muguet, apprendre à la mère à le traiter à domicile. ➢ Revoir tout PROBLÈME D'ALIMENTATION ou muguet au jour 3. ➢ Revoir tout problème de POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE au jour 7.
		<ul style="list-style-type: none"> • Pas de poids faible pour l'âge et aucun signe d'alimentation inadéquate. 	PAS DE PROBLÈME D'ALIMENTATION	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Conseiller à la mère de continuer l'alimentation et assurer une bonne hygiène ➢ Féliciter la mère pour la bonne alimentation du nourrisson

ENSUITE, VÉRIFIER L'ÉTAT VACCINAL DU NOURRISSON:

CALENDRIER DE VACCINATION:	<u>ÂGE</u>	<u>VACCINS</u>
	Naissance	BCG VPO-0
	6 semaines	Penta-1, Pneumo-1, Rota-1 VPO-1

NB: Les nourrissons VIH positifs ou dont le statut sérologique n'est pas connu mais présentent des symptômes compatibles avec le VIH ne doivent pas recevoir le BCG

- **Le VPO₀ ne peut être donné que dans les 14 jours qui suivent l'accouchement.**
- **Donner les autres doses non reçues**
- Vacciner les nouveau-nés ou nourrissons malades à moins qu'ils ne soient référés.
- Expliquer à la mère quand revenir pour la dose prochaine.

EVALUER LES AUTRES PROBLEMES

TRAITER LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

➤ **Donner un antibiotique approprié par voie orale**

Pour traiter l'infection bactérienne locale:

ANTIBIOTIQUE DE PREMIÈRE INTENTION : **AMOXICILLINE**

ANTIBIOTIQUE DE SECONDE INTENTION : **COTRIMOXAZOLE**

	AMOXICILLINE Donner 3 fois par jour pendant 5 jours		COTRIMOXAZOLE Donner 2 fois par jour pendant 5 jours	
	COMPRIMÉ 250 mg	SIROP 125 mg en 5 ml	COMPRIMÉ 240 mg	SIROP 240 mg en 5 ml
ÂGE ou POIDS				
Naissance à 1 mois (< 3 kg)	½	5 ml	¼	1,25 ml
de 1 mois à 2 mois (3-4 kg)	¾	7,5 ml	½	2,5 ml

* Ne pas donner de cotrimoxazole aux prématurés et aux enfants ictériques

TRAITER LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

DONNER LE TRAITEMENT PRE-REFERENCE AU NOUVEAU-NE OU NOURRISSON QUI A POSSIBILITE D' INFECTIONS BACTERIENNES GRAVES OU UNE MALADIE TRES GRAVE

1. Donner les premières doses de la gentamycine en IM et l'ampicilline en IM au nouveau-né ou nourrisson qui est INCAPABLE DE PRENDRE PAR VOIE ORALE puis référer d'urgence à l'hôpital*

GENTAMYCINE : La dose désirée est 5 mg/kg/jour en une injection par jour. Chez les nouveau-nés ou nourrissons de faible poids de naissance, donner 3 mg/kg/jour en une injection par jour.

Préparation : A partir d'un flacon de 2 ml contenant 40mg/ml, extraire 1 ml de la gentamycine à partir du flacon et ajouter 1 ml d'eau distillée pour en faire une concentration requise de 20 mg/ml.

AMPICILLINE : La dose désirée est 50 mg par kg deux fois par jour.

Préparation : Au flacon de 250 mg, ajouter 1,3 ml d'eau stérile = 250 mg/1,5 ml.

	GENTAMICINE (Concentration de 20 mg/ml)	AMPICILLINE (Concentration de 250 mg/1,5 ml)
POIDS	Quantité par dose	Quantité par dose
1,5 à 2,4 kg	0,4 ml	0,8 ml
2,5 à 3,9 kg	0,8 ml	1,2 ml
4,0 à 5,9 kg	1,2 ml	1,5 ml

TRAITER LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

3. Traiter le nouveau-né ou nourrisson pour prévenir l'hypoglycémie

Demander si le nouveau-né ou nourrisson est capable de téter :

Demander à la mère d'allaiter le nourrisson.

Si le nouveau-né ou nourrisson n'est pas capable de téter mais est capable d'avalier :

Donner 20–50 ml (10 ml/kg) du lait maternel exprimé avant le départ. Si ce n'est pas possible de donner du lait maternel exprimé, donner 20–50 ml (10 ml/kg) de l'eau sucrée. **(Pour faire de l'eau sucrée : dissoudre 4 cuillerées à café de sucre (20 grammes) dans 200 ml d'eau propre dans une tasse)**

Si le nouveau-né ou nourrisson n'est pas capable d'avalier :

Donner 20–50 ml (10 ml/kg) du lait maternel exprimé ou de l'eau sucrée par une sonde nasogastrique.

4.

	Diazepam	Phenobarbital
POIDS		Quantité par dose
1,5 à 2,4 kg	0,4 ml	0,8 ml
2,5 à 3,9 kg	0,8 ml	1,2 ml
4,0 à 5,9 kg	1,2 ml	1,5 ml

4. Référer d'URGENCE

Ecrire une note de référence pour que la mère l'apporte à l'hôpital.

Si le nouveau-né ou nourrisson a également des SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION OU DESHYDRATATION SEVERE et est capable de boire :

Donner à la mère quelques SRO préparées et lui demander de donner des fréquentes gorgées de SRO sur le chemin.

Conseiller à la mère de continuer l'allaitement au sein.

TRAITER LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

LORSQUE LA REFERENCE EST DIFFICILE OU IMPOSSIBLE, TRAITER LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON QUI A POSSIBILITE D'INFECTIONS BACTERIENNES GRAVES OU MALADIE TRES GRAVE AVEC LA GENTAMYCINE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE ET L'AMOXICILLINE ORALE SI CAPABLE DE BOIRE OU D'AVALER

Donner la gentamicine en intramusculaire

La dose souhaitée est 5 mg/kg/jour en une injection par jour. Chez les nouveau-nés de faible poids de naissance, donner 3 mg/kg/jour en une injection par jour. Traiter pendant 2 jours.

Préparation : A partir d'un flacon de 2 ml contenant 40mg/ml, extraire 1 ml de la gentamicine à partir du flacon et ajouter 1 ml d'eau distillée pour en faire une concentration requise de 20 mg/ml.

	GENTAMICINE (Concentration de 20 mg/ml)
POIDS	Quantité par dose pendant 2 jours
1,5 à 2,4 kg	0,4 ml
2,5 à 3,9 kg	0,8 ml
4,0 à 5,9 kg	1,2 ml



Site d'injection

Site d'injection
(sans bobette)

➤ Donner l'amoxicilline orale

Aux nouveau-nés ou nourrissons avec POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE OU UNE MALADIE TRES GRAVE
Aux Nouveau-nés de moins de 7 jours avec PNEUMONIE GRAVE (respiration rapide seule)

	AMOXICILLINE		
	La dose désirée est de 75 mg/kg/jour divisée en 2 doses journalières par voie orale		
	Donner deux fois par jour pendant 7 jours		
POIDS	Comprimé dispersible (250 mg) par dose	Comprimé dispersible (125 mg) par dose	Sirop (125 mg dans 5 ml) par dose
1,5 à 2,4 kg	1/2 comprimé	1 comprimé	5 ml
2,5 à 3,9 kg	1/2 comprimé	1 comprimé	5 ml
4,0 à 5,9 kg	1 comprimé	2 comprimés	10 ml

➤ Apprendre à la mère comment donner des médicaments par voie orale à domicile (page 38).

TRAITER LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

LORSQUE LA REFERENCE EST DIFFICILE OU IMPOSSIBLE, TRAITER LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON QUI A POSSIBILITE D'INFECTIONS BACTERIENNES GRAVES OU UNE MALADIE TRES GRAVE, AVEC LA GENTAMYCINE ET L'AMPICILLINE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE LORSQU'IL EST INCAPABLE DE BOIRE OU D'AVALER

GENTAMYCINE : La dose désirée est 5 mg/kg/jour en une injection par jour pendant 2 jours. Chez les nourrissons de faible poids de naissance, donner 3 mg/kg/jour en une injection par jour pendant 2 jours

Préparation : A partir d'un flacon de 2 ml contenant 40mg/ml, extraire 1 ml de la gentamycine à partir du flacon et ajouter 1 ml d'eau distillée pour en faire une concentration requise de 20 mg/ml.

AMPICILLINE : La dose désirée est 50 mg par kg deux fois par jour pendant 7 jours

Préparation : Au flacon de 250 mg, ajouter 1,3 ml d'eau stérile = 250 mg/1,5 ml.

	GENTAMYCINE (Concentration de 20 mg/ml)	AMPICILLINE (Concentration de 250 mg/1,5 ml)
POIDS	Quantité par dose: 1 fois/jour /2 jours	Quantité par dose:2 fois/jour/7 jours
1,5 à 2,4 kg	0,4 ml	0,8 ml
2,5 à 3,9 kg	0,8 ml	1,2 ml
4,0 à 5,9 kg	1,2 ml	1,5 ml

TRAITER LE NOUVEAU-NE ET NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

TRAITER LA DIARRHÉE

➤ **Plan A: Traiter la diarrhée à domicile**

Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile:

Donner davantage de liquides, donner le zinc, continuer l'alimentation, et quand revenir

1. **DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES** (autant que l'enfant veut bien prendre)

➤ EXPLIQUER À LA MÈRE:

- Qu'il faut allaiter plus fréquemment et prolonger la durée de la tétée..
- Que si l'enfant est allaité exclusivement, il faut lui donner une solution de SRO en plus du lait maternel.

Il est crucial de donner une solution de SRO à domicile si:

- l'enfant était sous traitement plan B ou C pendant la visite.
- l'enfant ne peut pas être ramené au centre de santé si la diarrhée s'aggrave.

➤ **APPRENDRE À LA MÈRE COMMENT MÉLANGER ET ADMINISTRER LA SOLUTION SRO. DONNER À LA MÈRE 2 SACHETS DE SRO À UTILISER À DOMICILE.**

➤ **MONTRER À LA MÈRE QUELLE QUANTITE DE LIQUIDE ELLE DOIT DONNER EN PLUS DE LA CONSOMMATION NORMALE:**

50 ml après chaque selle liquide

Expliquer à la mère qu'il faut:

- Donner fréquemment à boire dans une tasse, par petites gorgées.
- Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.
- Continuer à donner davantage de liquides jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

2. **DONNER DU ZINC**

3. **CONTINUER L'ALIMENTATION**

4. **QUAND REVENIR**

➤ **Plan B: Traiter les signes évidents de déshydratation avec une solution de SRO**

Administrer, au centre de santé et sur une période de 4 heures, la quantité de solution de SRO recommandée (si le nouveau-né ou nourrisson n'a aucun signe nécessitant une référence d'urgence à l'hôpital)

POIDS	1,5 - 2,0 kg	2,0 - 2,5	2,5 - 3,0 kg	3,0 - 4,0kg	4,0 - 5,0kg	5,0 - 6,0kg
En ml	100 - 150	150 - 175	175- 225	225 - 300	300 - 375	375 - 450

➤ **DÉTERMINER LA QUANTITÉ DE SRO À ADMINISTRER PENDANT LES 4 PREMIÈRES HEURES.**

- **N'utiliser l'âge de l'enfant que si son poids n'est pas connu.**
- **Quantité approximative de solution de SRO nécessaire (en ml) : 75 ml/ kg.**

- Si l'enfant veut davantage de solution de SRO, lui en donner plus.
- Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner également 50 - 200 ml d'eau potable pendant cette période.

➤ **MONTRER À LA MÈRE COMMENT DONNER LA SOLUTION DE SRO.**

- Faire boire fréquemment l'enfant à la tasse, par petites gorgées.
- Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.
- Continuer à allaiter quand l'enfant réclame.

➤ **APRÈS 4 HEURES:**

- Réexaminer l'enfant et classer la déshydratation.
- Choisir le plan approprié pour continuer le traitement.

1. **DONNER PLUS DE LIQUIDES**

2. **DONNER DU ZINC**

3. **CONTINUER L'ALIMENTATION**

4. **QUAND REVENIR**

TRAITER LE NOUVEAU-NE ET NOURISSON AVEC DESHYDRATATION SEVERE RAPIDEMENT AVEC LE PLAN C

Suivre les flèches. Si la réponse est « Oui », faire ce qui est indiqué à droite. Si la réponse est « Non », passez à la question suivante.

Êtes-vous en mesure de procéder immédiatement à une perfusion intraveineuse (IV) ?

OUI

- Commencer immédiatement la perfusion intraveineuse.
- Si l'enfant est capable de boire, lui donner une solution de SRO par voie orale pendant que la perfusion est mise en place.
- Donner 100 ml/kg de solution de Ringer au lactate (ou si elle n'est pas disponible, une solution salée isotonique) comme suit :

AGE	Donner d'abord 30 ml/kg en :	Puis donner 70 ml/kg en :
Nourrissons (moins de 12 mois)	1 heure	5 heures

- Réexaminer l'enfant toutes les 1-2 heures. Si l'hydratation ne s'améliore pas, accélérer la perfusion.
- Donner également une SRO (environ 5 ml/kg/h) aussitôt que l'enfant est capable de boire (normalement 3 - 4 heures).
- Réexaminer un nourrisson après 6 heures. Classifier la déshydratation. Ensuite, choisir le plan approprié (A, B ou C) pour continuer le traitement.

NON

Les traitement IV est-il disponible dans les environs (dans les 30 minutes)?

OUI

- Référer d'URGENCE à l'hôpital pour perfusion intraveineuse.
- Si l'enfant est capable de boire, donner à la mère une solution de SRO et lui apprendre à donner fréquemment des gorgées à l'enfant en cours de route ou à l'aide d'une sonde nasogastrique.

NON

Êtes-vous formé pour utiliser une sonde nasogastrique (NG) pour la réhydratation ?

OUI

- Commencer la réhydratation à l'aide d'une sonde (ou par voie orale) avec une solution de SRO :** Donner 20 ml/kg/h pendant 6 heures (total : 120 ml/kg).
- Réexaminer l'enfant toutes les 1-2 heures en attendant la référence :**
En cas de vomissements répétés ou de distension abdominale, administrer le liquide plus lentement.
Si l'hydratation ne s'améliore pas après 3 heures, référer l'enfant pour perfusion intraveineuse.
Après 6 heures, réévaluer le nourrisson. Classifier la déshydratation. Ensuite, choisir le plan approprié (A, B ou C) pour continuer le traitement.

NON

L'enfant est-il capable de boire ?

NON

Référer d'URGENCE à l'hôpital pour perfusion ou traitement NG.

REMARQUE :

Si l'enfant n'est pas référé à l'hôpital, le garder en observation pendant 6 heures au moins après la réhydratation pour s'assurer que la mère peut maintenir l'hydratation en administrant à l'enfant la solution de SRO par voie orale.

TRAITER LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

➤ ***Vacciner tout nouveau-né ou nourrisson malade, si nécessaire.***

➤ ***Apprendre à la mère à traiter les infections locales à domicile***

- Expliquer comment et pourquoi le traitement est administré.
- Observer la mère pendant qu'elle donne le premier traitement au centre de santé.
- Dire à la mère de donner le traitement deux fois par jour. Elle doit revenir au centre de santé si l'infection s'aggrave.
- Donner le traitement pendant 5 jours

Pour traiter les pustules cutanées ou l'infection ombilicale

La mère doit:

- Se laver les mains avec du savon/cendre
- Nettoyer doucement le pus et les croûtes avec de l'eau et du savon
- Sécher la zone avec 1 linge propre
- Appliquer du violet de gentiane
- Se laver les mains avec du savon/cendre

Pour traiter le muguet (plaques blanches dans la bouche)

La mère doit:

- Se laver les mains avec du savon/cendre
- Nettoyer la bouche avec un tissu propre et doux enroulé autour du doigt et mouillé avec de l'eau salée
- Badigeonner la bouche au violet de gentiane (dilué de moitié)

Pour traiter les yeux

La mère doit:

- Se laver les mains avec du savon/cendre
- Nettoyer les yeux avec un tissu propre imbibé d'eau bouillie mais refroidie
- Appliquer 2 x 1 goutte d'argyrol 0,5% ou du collyre gentamycine dans les deux yeux
- Se laver les mains avec du savon/cendre

➤ ***Montrer à la mère comment garder le nouveau-né ou nourrisson au chaud pendant la référence***

1. Maintenir l'enfant au chaud :

- Méthode kangourou
- Habiller l'enfant chaudement, le couvrir et le garder en contact étroit avec la mère

2. Protéger l'enfant contre les intempéries lors du transport (courant d'air...)

TRAITER LE NOUVEAU-NE ET NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

➤ *Apprendre à la mère comment bien positionner le nouveau-né ou nourrisson et assurer une bonne prise du sein*

- Montrer à la mère comment tenir le nouveau-né ou nourrisson
 - la tête et le corps du nouveau-né ou nourrisson doivent être droits
 - le nouveau-né ou nourrisson doit faire face au sein, son nez en face du mamelon
 - le corps du nourrisson doit être proche du corps de la mère
 - la mère doit soutenir tout le corps du nouveau-né ou nourrisson, pas seulement la nuque et les épaules.
- Montrer à la mère comment aider le nouveau-né ou nourrisson à prendre le sein. Elle doit:
 - toucher les lèvres du nouveau-né ou nourrisson avec son mamelon
 - attendre que la bouche du nouveau-né ou nourrisson soit grande ouverte
 - approcher rapidement le nouveau-né ou nourrisson du sein en veillant que la lèvre inférieure du nourrisson soit bien en-dessous du mamelon.

➤ *Conseiller la mère sur les soins du nouveau-né ou nourrisson à domicile*

➤ ALIMENTS

LIQUIDES

➤ QUAND REVENIR



Allaiter fréquemment au sein, aussi longtemps que le nouveau-né ou nourrisson le réclame, jour et nuit, que le nouveau-né ou nourrisson soit malade ou en bonne santé.

Visite de suivi:

Si le nouveau-né ou nourrisson a:	Revenir pour visite de suivi après:
INFECTION BACTÉRIENNE LOCALE PROBLÈME QUELCONQUE D'ALIMENTATION MUGUET	2 jours
INSUFFISANCE PONDERALE	14 jours

Quand revenir immédiatement:

Conseiller à la mère de revenir immédiatement si le nouveau-né ou nourrisson présente l'un des ces signes:

- Convulsion
- Difficulté à téter ou à boire
- Devient plus malade
- A de la fièvre
- Respire rapidement ou difficilement
- Sang dans les selles

➤

S'ASSURER QUE LE NOUVEAU-NE OU NOURRISSON EST TOUJOURS MAINTENU AU CHAUD.: couvrir la tête avec le bonnet et les pieds du nouveau-né ou nourrisson avec les chaussons et l'habiller chaudement.

- Faire dormir le nouveau-né ou nourrisson sous une MII jour et nuit
- Le laisser dormir sur le dos ou sur le côté.
- Le tenir à l'écart de la fumée ou de la poussière.
- Ne pas secouer le bébé en le balançant

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

➤ **Conseiller la mère sur les soins du nourrisson à domicile**

- Assurer l'hygiène du bébé:
 - Laver les mains avant tout soin de l'enfant
 - Laver tout le corps chaque jour
 - Employer l'eau tiède et être dans une salle chaude
 - Le sécher complètement, l'habiller et le couvrir après le bain
 - Laver les fesses lorsqu'elles sont sales et les sécher complètement
 - Appliquer la couche sur les fesses du bébé pour collecter les selles
- Pas de bain avant 6 heures.

➤ **Montrer à la mère comment exprimer le lait maternel**

Demander à la mère:

- De se laver soigneusement les mains
- De s'installer confortablement
- De tenir un récipient évasé au dessous de son mamelon et de l'aréole
- De placer son pouce sur le sommet du sein et son index sous le sein afin que les deux doigts (à 4 cm du mamelon)
- De comprimer et de relâcher le sein entre son index et son pouce à plusieurs reprises
- Si le lait ne vient pas, elle doit changer la position de son pouce et de son index plus près du mamelon puis comprimer et relâcher le sein comme précédemment
- De comprimer et de relâcher tout le contour du sein, gardant ses doigts à la même distance du mamelon; faire attention de ne pas presser le mamelon ou de frotter la peau ou faire bouger le pouce et l'index sur la peau
- D'exprimer un sein jusqu'à ce que le lait ne coule que goutte à goutte, et ensuite exprimer l'autre sein de la même façon
- De changer de sein 5 ou 6 fois de suite pendant au moins 20 minutes
- De cesser d'exprimer le lait quand il ne coule plus de façon continue mais juste goutte à goutte.

➤ **Montrer à la mère comment nourrir un nourrisson avec une tasse**

- Mettre une serviette au nourrisson pour protéger ses habits car un peu de lait peut couler
- Tenir le nourrisson à moitié redressé sur les genoux
- Mettre une quantité mesurée de lait dans la tasse
- Tenir la tasse afin qu'elle soit doucement en contact avec la lèvre inférieure du nourrisson
- Soulever la tasse afin que le lait atteigne les lèvres du nourrisson
- Laisser le nourrisson boire lui-même. Ne pas verser le lait dans la bouche du nourrisson

TRAITER LE NOUVEAU-NE ET NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

➤ **Soins du nouveau-né en post partum**

1. Maintenir le bébé dans une salle chaude
2. Le sécher avec un linge sec
3. Le mettre en contact peau à peau avec sa mère ou l'habiller chaudement
4. Mettre l'enfant au sein immédiatement dans l'heure qui suit l'accouchement
5. Maintenir l'enfant et la mère dans une même salle
6. Ne pas donner le bain au petit bébé
7. Laisser l'ombilic sans pansement
8. Ne pas mettre le nourrisson sous le soleil
9. Ne pas le laisser sortir avant 12 heures

➤ **Soins des nouveau-né de faible poids à la naissance**

En plus des points ci-dessus

1. Assurer les soins Kangourous
2. Surveiller la croissance
3. Ne pas vacciner si l'enfant a moins de 2500 gr

➤ **Soins des nouveau-nés présentant une détresse respiratoire (asphyxie)**

1. Sécher le NN avec un linge sec
2. Placer le NN sur une surface chaude, plane ferme et propre
3. Dégager les voies respiratoires. Aspirer la bouche et le nez
4. Ventiler : insuffler de l'air à un rythme d'environ 40 insufflations par minute. A chaque insufflation, vérifier que la poitrine de l'enfant se soulève
5. Après la réanimation, mettre l'enfant en contact peau à peau avec le mère et demander à la mère de l'allaiter

Si le NN a encore des difficultés à respirer, référer à l'hôpital

TRAITER LE NOUVEAU-NE ET NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

CONSEILLER LA MERE VIH POSITIVE QUI A CHOISI DE NE PAS ALLAITER AU SEIN (OU UNE PERSONNE EN CHARGE D'UN NOUVEAU-NE OU NOURRISSON QUI N'EST PAS ALLAITE AU SEIN)

La mère ou la personne en charge du nouveau-né ou nourrisson devrait avoir reçu un conseil avant de prendre cette décision.

- S'assurer que la mère ou la personne en charge du nouveau-né ou nourrisson a un substitut de lait maternel en quantité suffisante.
- Vérifier si la mère ou la personne en charge du nouveau-né ou nourrisson sait préparer le lait correctement et hygiéniquement et des facilités ainsi que des ressources nécessaires pour le faire.
- Démontrer comment nourrir le nouveau-né ou nourrisson à la tasse et à la cuillère, plutôt qu'au biberon.
- Etre sur que la mère ou la personne en charge du nouveau-né ou nourrisson comprend que le lait préparé doit être consommé en 1 heure après la préparation.
- Etre sur que la mère ou la personne en charge du nouveau-né ou nourrisson comprend que l'allaitement mixte peut augmenter le risque de l'infection à VIH et ne devrait pas être fait.

SUIVI DES SOINS DU NOUVEAU-NE ET NOURRISSON MALADE

➤ **POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE lorsque LA REFERENCE EST REFUSÉE OU N'EST PAS POSSIBLE**

Faire le suivi lors du prochain contact pour l'injection (jour 2) et au jour 4 de traitement.

À chaque contact, réexaminer le nouveau-né ou nourrisson comme c'est prévu à la page 31

Référez le nouveau-né ou nourrisson si :

Son état **s'aggrave** après le début du traitement ou

Un **nouveau signe d'INFECTION BACTERIENNE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE apparaît** pendant que le nouveau-né ou nourrisson est sous traitement ou

Un **signe d'INFECTION BACTERIENNE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE persiste** au jour 8 du traitement ou

Aucune amélioration au jour 4 après 3 jours complets de traitement.

➤ **PNEUMONIE**

Faire le suivi au jour 4 du traitement.

Réexaminer le nouveau-né ou nourrisson pour POSSIBILITÉ D'INFECTIONS BACTÉRIENNES GRAVES OU MALADIE TRÈS GRAVE, PNEUMONIE ET INFECTION LOCALE comme c'est prévu à la page 31.

Référez le nouveau-né ou nourrisson si :

Son état **s'aggrave** après le début du traitement ou

Un **nouveau signe de MALADIE TRÈS GRAVE** apparaît pendant que l'enfant est sous traitement

Si l'état du nouveau-né ou nourrisson s'améliore, demander à la mère de continuer à donner de l'amoxicilline par voie orale deux fois par jour jusqu'à ce que tous les comprimés soient finis.

Demander à la mère de revenir avec l'enfant dans 4 jours.

Les nouveau-nés ou nourrissons avec respiration rapide seule doivent être examinés aussi souvent que possible, mais il est obligatoire de le faire au jour 4 du traitement.

SUIVI DES SOINS DU NOUVEAU-NE ET NOURRISSON MALADE

➤ **INFECTION BACTÉRIENNE LOCALE**

Après 2 jours:

Regarder l'ombilic. Est-il rouge ou suppurant? La rougeur s'étend-elle à la peau?

Regarder les pustules cutanées. Y en a-t-il beaucoup ou sont-elles sévères?

Regarder les yeux. Sont-ils suppurants?

Traitement :

- Si **le pus ou la rougeur persiste ou s'aggrave**, référer le nouveau-né ou nourrisson à l'hôpital.
- Si **le pus et la rougeur s'améliorent**, dire à la mère de continuer le traitement antibiotique de 5 jours et de continuer de traiter l'infection locale à domicile pendant au moins 5 jours.

➤ **ICTERE**

Après 2 jours:

Rechercher l'ictère.

La peau du visage, les yeux, les paumes des mains, les plantes des pieds sont-ils jaunes?

- Si paumes des mains et plantes des pieds jaunes, référer à l'hôpital
- Si les paumes des mains et les plantes des pieds ne sont pas jaunes, conseiller sur les soins à domicile et quand revenir immédiatement

➤ **PROBLÈME D'ALIMENTATION**

Après 2 jours:

Réévaluer l'alimentation. > Voir *Evaluer les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale* ci-dessus.

Poser des questions sur les problèmes d'alimentation notés lors de la première visite.

- Conseiller la mère sur tout problème d'alimentation nouveau ou persistant. Si vous conseillez à la mère d'apporter des changements sensibles à l'alimentation, lui conseiller de revenir pour une nouvelle visite de suivi.
- Si le poids du nouveau-né ou nourrisson est faible pour son âge, conseiller à la mère de revenir 14 jours après la première visite pour une nouvelle pesée.

Exception:

Si aucune amélioration ne semble prévisible; ou s'il a **perdu du poids**, référer le nouveau-né ou nourrisson.

SUIVI DES SOINS DU NOUVEAU-NE OU NOURRISSON MALADE

➤ INSUFFISANCE PONDERALE

Après 14 jours:

Peser le nouveau-né ou nourrisson et déterminer si son poids est toujours faible pour son âge.

Réévaluer l'alimentation. > Voir *Evaluer les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale* ci-dessus.

- Si le poids du nouveau-né ou nourrisson **n'est plus faible pour son âge**, féliciter la mère et l'encourager à continuer.
- Si le poids du nourrisson est **encore faible pour son âge, mais si le nouveau-né ou nourrisson se nourrit bien**, féliciter la mère. Lui demander de revenir peser son enfant dans un mois ou lorsqu'elle revient pour la vaccination.
- Si le poids du nouveau-né ou nourrisson est **encore faible pour son âge, et qu'il a toujours un problème d'alimentation**, conseiller la mère sur le problème d'alimentation. Lui demander de revenir dans 14 jours (ou lorsqu'elle revient pour la vaccination, si dans les 2 semaines). Continuer le suivi du nourrisson toutes les 2 semaines jusqu'à ce qu'il se nourrisse bien et gagne du poids régulièrement, ou que son poids ne soit plus faible pour son âge.

Exception:

Si aucune amélioration ne semble prévisible; ou s'il a **perdu du poids**, référer le nouveau-né ou nourrisson.

➤ MUGUET

Après 2 jours:

Rechercher les muguet (plaques blanches) dans la bouche.

Réévaluer l'alimentation. > Voir *Evaluer les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale* ci-dessus.

- Si **le muguet s'est aggravé**, ou si le nourrisson a des **problèmes de succion et d'attachement au sein**, référer à l'hôpital.
- Si **le muguet est le même ou a diminué**, et si le nouveau-né ou nourrisson se **nourrit bien**, continuer le traitement au violet de gentiane (dilué de moitié) pendant 5 jours en tout.

HARMONISATION PCIME ET SNIS/MAPEPI

N°	CLASSIFICATIONS PCIME	Notification dans SNIS/ MAPEPI	Rythme de notification
1.	Signes généraux de danger	Notifier selon la classification à laquelle ce signe est associé A défaut , notifier comme Autre : si le signe est isolé	Voir N.B
2	Concernant TOUX et difficultés respiratoires		
	2.1. Pneumonie grave ou Maladie très grave	IRA	Mensuel
	2.2. Pneumonie	IRA	Mensuel
	2.3. Pas de pneumonie : Toux ou Rhume	Notifier autre , en spécifiant: pas De pneumonie : Toux ou Rhume	Voir N.B
3	Classification de la DIARRHEE selon la déshydratation		
	3.1. Déshydratation sévère	dans un contexte d'épidémie de cholera, chez un enfant de 2 ans et plus, notifier Cholera Sinon, notifier Diarrhée simple	Hebdmadaire Mensuel
	3.2. Signes évidents de déshydratation	Diarrhée simple	Mensuel
	3.3. Pas de déshydratation	Diarrhée simple	Mensuel
	Classification de la diarrhée selon la durée		
	3.4. Diarrhée persistante sévère ou non sévère	Diarrhée simple	Mensuel
	Diarrhée avec présence de sang dans les selles		
	3.6. Dysenterie (enfant de 2 mois à 5 ans)	dysentérie bacillaire	Hebdomadaire
	3.7. Sang dans les selles (nourrisson 0 à 2 mois)	Diarrhée sanglante	Hebdomadaire
4	Classification selon la FIEVRE		
	4.1. Maladie fébrile très grave	- Se référer aux définitions des cas des MAPEPI et notifier, soit : Méningite ou Palu grave ou Fièvre hémorragique virale ou Fièvre jaune ou Monkeypox ou Typhus ou Peste ou Fièvre typhoïde - Si les signes ne correspondent pas aux définitions des cas des MAPEPI, notifier dans AUTRES , en spécifiant: Maladie fébrile très grave	Hebdomadaire Immédiate Hebdomadaire Mensuelle
	4.2. Paludisme	Paludisme simple	Hebdomadaire
	4.3. Maladie fébrile	- Se référer aux définitions des cas des MAPEPI et notifier - Si les signes ne correspondent pas aux définitions des cas des MAPEPI, notifier dans AUTRES , en spécifiant: Maladie fébrile	Mensuelle

N°	CLASSIFICATIONS PCIME	Notification dans SNIS/ MAPEPI	Rythme de notification
4.3.	Rougeole simple, grave ou compliquée	Rougeole	Hebdomadaire
5	Classification pour les PROBLEMES D'OREILLE		
	5.1. Mastoïdite	Notifier autre , en spécifiant : Mastoïdite	Mensuel
	5.2. Infection aigue de l'oreille	Notifier autre , en spécifiant : Infection aigue de l'oreille	Mensuel
	5.3. Infection chronique de l'oreille	Notifier autre , en spécifiant : Infection chronique de l'oreille	Mensuel
	5.4. Pas d'infection d'oreille	NE PAS RAPPORTER	
6	Classifications pour L'ANEMIE		
	6.1. Anémie sévère	Carence en fer (anémie)	Mensuel
	6.2. Anémie	Carence en fer (anémie)	Mensuel
	6.3. Pas d'anémie	NE PAS RAPPORTER	
7	Pour la Malnutrition chez l'enf de 2 mois à 5ans		
	7.1. Malnutrition Aigue severe avec complications	Malnutrition protéino énergétique	Mensuel
	7.2. Malnutrition Aigue severe sans complications	Malnutrition protéino énergétique	Mensuel
	7.3. Malnutrition Aigue modérée	Malnutrition protéino énergétique	
	7.4. Pas de malnutrition	Ne pas rapporter	
8.	Pour l'infection à VIH symptomatique		
	8.1. Suspicion d'infection à VIH symptomatique	SIDA	
	8.2. Infection à VIH peu probable	Ne pas rapporter	

9	Pour le nourrisson de 0 à 2 mois		
9.1. Maladie très grave	Se référer aux définitions des cas de MAPEPI et notifier s'il s'agit de : Tétanos néonatal ou Méningite Si pas correspondance aux définitions des cas, rapporter Autres dans SNIS, en spécifiant : Maladie très grave		Immédiate Hebdomadaire Hebdomadaire
9.2. Infection bactérienne locale	Notifier autre , en spécifiant : Infection bactérienne locale		Mensuel
9.3. Infection bactérienne peu probable	Notifier autre , en spécifiant : Infection bactérienne peu probable		Mensuel
9.4. Ictère sévère			
9.5. Ictère			
9.6 Pas d'ictère			
9.4. Pour la diarrhée chez le petit nourrisson, classier comme chez l'enfant de 2 mois à 5 ans, sauf Si diarrhée avec sang dans les selles, notifier: diarrhée sanglante			Hebdomadaire
9.5. Problème d'alimentation ou d'insuffisance pondérale	Malnutrition protéino énergétique		Mensuel
9.6. Pas de Problème d'alimentation	NE PAS RAPPORTER		

CARTE CONSEIL DE LA MERE

RAMENER L'ENFANT IMMEDIATEMENT AU CENTRE DE SANTE

Si l'état s'aggrave



S'il est incapable de téter



S'il est incapable de boire



S'il y a du sang dans les selles



S'il fait des convulsions



Si la respiration est difficile



Si la respiration est rapide



POUR TOUT ENFANT MALADE :

- Allaiter au sein fréquemment
- Augmenter les liquides : eau potable, eau de riz, lait de coco, SRO, potage

POUR L'ENFANT QUI FAIT LA DIARRHÉE :

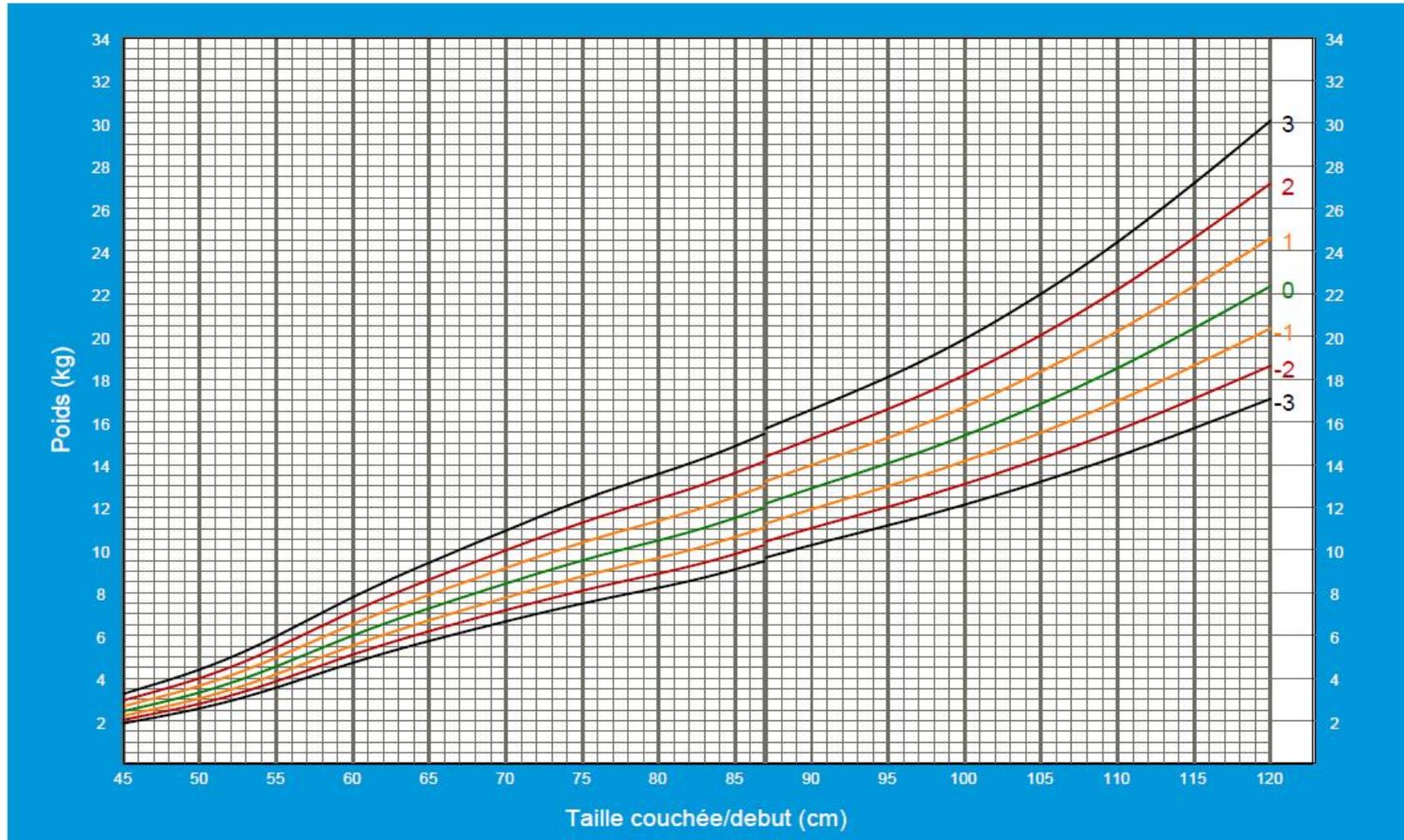
- Allaiter plus fréquemment et prolonger la durée de la tétée.
- Donner davantage des liquides autant que l'enfant le désire jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.
- Donner des liquides disponibles tels que : eau, potage, eau de riz, bouillie, lait de coco, SRO

CALENDRIER DE VACCINATION

- A la naissance: BCG et VPO 0
- A 6 semaines: DTC - Hep B - Hib 1, PCV 13 - 1; VPO 1
- A 10 semaines: DTC - Hep B - Hib 2, PCV 13 - 2; VPO 2
- A 14 semaines: DTC - Hep B - Hib 3, PCV 13 - 3; VPO 3
- A 9 mois : VAR et VAA / Tous les 6 mois Vitamine A

Poids-pour-taille couchée/debout GARÇONS

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Poids-pour-taille couchée/debout FILLES

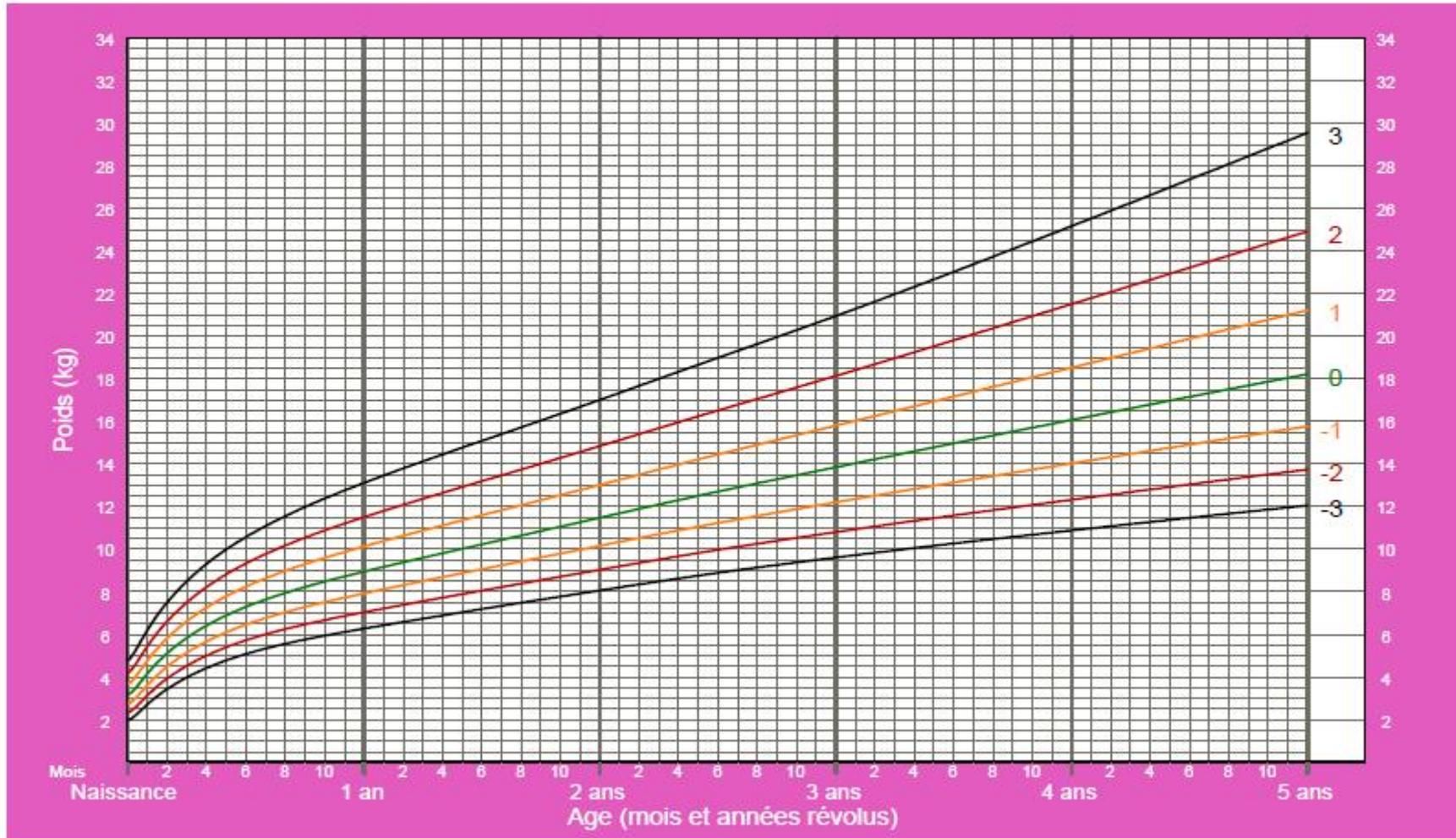
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Poids-pour-l'âge FILLES

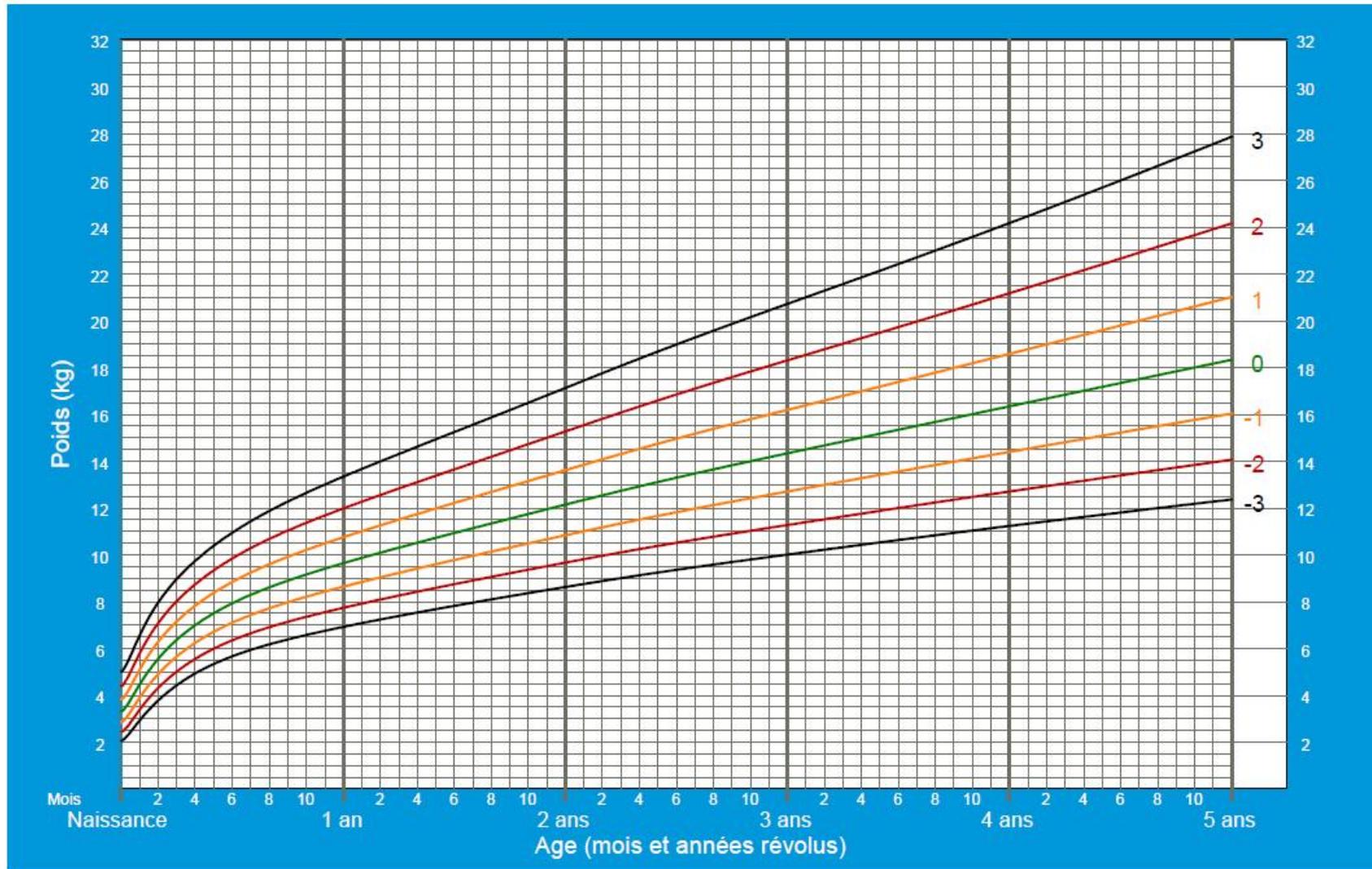
De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Poids-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Pharmacovigilance

Lorsque nous administrons un médicament à un malade, nous nous attendons à ce que ce médicament produise un effet bénéfique mais nous oublions qu'à côté il existe un effet nocif dont on doit tenir compte.

C'est ainsi qu'est née la **pharmacovigilance** définie par l'OMS comme étant une science et les activités relatives à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets indésirables et de tout autre problème lié à l'utilisation du médicament.

Un **effet indésirable médicamenteux** est une réaction nocive et non voulue, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou la modification d'une fonction physiologique.

Qui peut déclarer un événement indésirable : le médecin, le pharmacien, l'infirmier, l'AP, la sage-femme, le relais et le malade

Que pouvons-nous notifier : les effets associés à la prise des médicaments ou des plantes traditionnelles, les effets relatifs aux produits de cosmétologie, les effets liés à l'utilisation des dispositifs médicaux et à l'équipement, les effets adverses post immunisation (vaccin), les effets néfastes de produits sanguins, le manque d'efficacité ou le défaut de qualité d'un médicament

Comment notifier : se référer au verso de la fiche de notification

Pourquoi notifier : pour permettre à l'autorité de réglementation d'avoir des informations en rapport sur l'efficacité des médicaments utilisés mais plus pour s'assurer de l'innocuité des médicaments ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché

Noter	Médicaments	Effets indésirables	Conduite à tenir
<p>Les antécédents de l'enfant</p> <p>La date de la prise du médicament</p> <p>La date de l'apparition de l'effet indésirable</p> <p>L'effet dans la fiche de déclaration d'évènement indésirable</p>	Cotrimoxazole	<p>Nausées</p> <p>Vomissements</p> <p>Douleurs à l'estomac</p> <p>Diarrhée</p> <p>Problème au niveau du foie</p> <p>Allergies de la peau (Eruptions cutanées, syndrome de Lyell ou de Stevens-johnson)</p> <p>Anémies</p>	<p>Principe</p> <p>arrêter le médicament incriminé</p> <p>Si effet bénin : observer</p> <p>N.B ne jamais réintroduire un médicament avec allergie croisée (médicament de la même famille) car la ré administration entraîne souvent une réaction beaucoup plus sévère</p> <p>Se référer à l'ordinogramme pour les symptômes classés</p> <p>Si effet indésirable grave : référer à l'hôpital général de référence car la correction est fonction de la pathologie médicamenteuse en présence</p>
	Amoxicilline	<p>Diarrhée, nausée, vomissement</p> <p>réaction d'hypersensibilité (urticaire, éruptions cutanées rarement bulleuses, choc anaphylactique</p> <p>néphrite interstitiel</p> <p>atteinte hématologique et hépatique</p>	
	Pénicilline	<p>Réaction d'hypersensibilité (rash, urticaire, fièvre, bronchospasme, choc anaphylactique)</p> <p>Erythème maculopapulaire</p> <p>Trouble digestif (Nausée, diarrhée)</p>	
	Ciprofloxacine	<p>céphalées, vertiges, convulsions</p> <p>photosensibilité</p> <p>hypoglycémie ou hypoglycémie</p> <p>maladies rénales</p>	
	Clindamycine	<p>troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées ;</p> <p>ulcérations œsophagiennes, glossites, stomatites, dysphagies ;</p> <p>photosensibilisations ;</p> <p>pigmentations de la peau, des muqueuses, des conjonctives,</p> <p>colorations des dents ou hypoplasie de l'émail chez les enfants de moins de 8 ans et les fœtus exposés à partir du 2e trimestre de la grossesse ;</p> <p>hypertensions intracrâniennes ;</p> <p>myopies transitoires ;</p> <p>acouphènes, vertiges, diminutions de l'audition</p> <p>réactions d'hypersensibilité cutanées, angiœdèmes, pancréatites, et hypoplasies des lignées sanguines</p> <p>candidoses et colites</p> <p>aggravations d'insuffisances rénales, insuffisances rénales aiguës ;</p> <p>hépatites</p>	

Noter	Médicaments	Effets indésirables	Conduite à tenir
	Erythromycine	troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) -ulcérations œsophagiennes, glossite, stomatites, dysphagies -photosensibilisations -candidose	
	Artésunate suppositoire	Troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée, douleurs au ventre) Vertiges Maux de tête Bourdonnement d'oreilles	
	Artésunate amodiaquine	Fatigue Maux de tête Vertiges Troubles de la vision Convulsions Douleurs Articulaires, Toux, Difficulté respiratoire, Purpura, Ictère ou Jaunisse.	
	Paracétamol	Réactions allergiques : Œdème facial, prurit, éruptions cutanées Mouvement respiratoire augmenté Atteinte toxique du foie rars troubles hématologiques, tels que des neutropénies et des thrombopénies ; rars éruptions cutanées et autres réactions d'hypersensibilité ; hypotensions artérielles pour le paracétamol par voie intraveineuse.	

Noter	Médicaments	Effets indésirables	Conduite à tenir
	Artemether Lume-fantrine	Palpitation Céphalées, étourdissement, paresthésie, mouvement clonique, somnolence Toux Troubles gastro-intestinaux Eruptions cutanées, prurit, urticaire Arthralgie, myalgie Anorexie Asthénie Réaction d'hypersensibilité Atteinte hépatique Trouble du sommeil	
	Salbutamol	Réaction d'hypersensibilité Hypokaliémie Hyperglycémie Tremblement, céphalées, agitation, nervosité Arythmies cardiaque, Tachycardie, palpitations Hypotension Nausée, vomissement Crampe musculaire	
	Diazépam	Amnésie rétrograde Trouble de comportement Dépendance, accoutumance, dépression respiratoire Eruptions cutanées prurigineuses ou non Céphalées Confusion, baisse de la vigilance Hypotonie musculaire, asthénie Diplopie ictère	
	acide folique	Troubles digestifs Réactions allergiques cutanées	
	zinc	Nausées, vomissements Douleurs au ventre (abdominales) diarrhée	

Noter	Médicaments	Effets indésirables	Conduite à tenir
	SRO	Polyurie (si mélange fait avec beaucoup d'eau) Déshydratation (si mélange fait avec peu d'eau)	
	Mebendazole	Troubles digestifs (douleurs abdominales,nausées, vomissement); Maux de tête, vertiges.	
	Vitamine A	Troubles gastro-intestinaux Eruptions cutanées (eczéma) prurit	
	BCG	Apparition d'un érythème et d'une papule ou d'une ulcération, suivie d'une cicatrice au point d'injection	
	DTC	Légère fièvre Irritabilité Somnolence Manque d'appétit Érythème Œdème Douleur au point d'injection	

**PATIENT**

Initiales : Date de naissance :/...../..... Poids :Kg Sexe : F / M N° dossier :
 Encointe? OUI / NON / ou DDR :/...../..... Adresse :
 ANTECEDENTS :

LE NOTIFICATEUR

Nom et post-nom :
 Médecin / pharmacien / Dentiste / Infirmier / Autre (préciser) :
 Téléphone : Email :
 Institution de santé/service :

LES MEDICAMENTS

Nom Commercial	DCI	Voie	Posologie	Date de début	Date d'arrêt	indication	Fabricant	N° de lot
1								
2								
3								
4								

Si plante médicinale : Nom scientifique	Nom vernaculaire	Voie d'administr. + quantité	Date de début	Date d'arrêt	Mode de préparation	Parties utilisés
1						

L'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

N° EIM	Grave Oui/Non	Raison de gravité*	Date de début	Date de fin	Évolution à l'arrêt du traitement**	Évolution la réadministration***	Traitement correcteur
1							
2							
3							
4							
5							

*raison de gravité : 1= légers ; 2=hospitalisation/prolongation d'hospitalisation ; 3=Mise en jeu du pronostic vital ; 4=invalidité ; effet sur le produit de conception ; 5=effet cliniquement significatif

**Évolution à l'arrêt : 1=amélioration ; 2=persistance ; 3=aggravation ; 4= inconnue

*** 1= réapparition ; 2=non réapparition ; 3=pas de réadministration

Résultats d'éventuels examens para cliniques (+ date de prélèvement) :

Description (précisez le numéro de l'Événement indésirable que vous voulez décrire) :

Fait à le / /

Signature :

NB : Avant de remplir cette fiche, veuillez lire attentivement les notes au verso !!!

Important

L'identité du patient doit demeurer strictement confidentielle. Elle ne comprendra que ses initiales.
Exemple : Pour KASONGO Ngoma Jean, noter « KNJ »). Dans la plage **date de naissance**, vous pouvez noter l'âge si la date de naissance complète n'est pas disponible.

Antécédents : veuillez noter tous les antécédents médicaux du patient ainsi que certains facteurs de risque comme la prise de tabac, d'alcool...

Médicament incriminé.

Donnez la DCI du médicament (exemple : ibuprofène, nifédipine...) et le nom commercial. (brufen, adalat...)

Pour les produits traditionnels à base de plantes : précisez le nom de la plante, la partie utilisée (racine, feuille...) et le mode de préparation (décoction, infusion...)

Description de l'Événement Indésirable : dans le tableau, notez les événements indésirables constatés. Il est important de les décrire en cas de besoin. Exemple : dans le tableau vous avez notifié au numéro 2 un *syndrome de Lyell*. Vous pouvez dans la plage description apporter, par exemple, les éléments suivants : « *apparition de bulles sur fond érythémateux, qui se décollent au contact, semblables aux lésions de brûlure+ Fièvre* ».

Résultats des examens paracliniques : cette plage concerne les résultats des examens para cliniques fait en rapport avec l'événement indésirable constaté (exemple : pour un patient qui a fait un ictère après prise d'antibiotiques, donnez les résultats de la bilirubinémie (en rapport avec l'ictère) et non la numération formule sanguine (en rapport avec le diagnostic d'infection bactérienne)

Notez Bien

- Veuillez notifier tous les événements indésirables liés aux médicaments [Médicament entendu comme tout produit utilisé pour le traitement, la prévention, (y compris les vaccins), ou le diagnostic (produits de contraste etc.) des maladies humaines. Notifiez aussi les effets liés aux autres produits de santé (cosmétiques, suppléments alimentaires, remèdes traditionnels et plantes médicinales)]
- Il est utile de notifier les événements indésirables même si vous n'êtes pas sûr de la relation de cause à effet entre eux et le médicament incriminé.
- Veuillez envoyer cette notification sous pli fermé ou par internet au Centre National de Pharmacovigilance

- Adresse : Unité de Pharmacologie Clinique, Facultés de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Kinshasa.
- Téléphone : 0998110172 / 0813261360/ 0993547926/0815171991/0815171766
- Email : cnpvrdc@yahoo.fr/pharmacoclinique@unikin.ac.cd

Le Centre National de Pharmacovigilance demeure à votre disposition tous les jours ouvrables pour toute information concernant l'utilisation des médicaments et autres produits de santé.

**TITRE I : PLAINTES DE L'ENFANT
DE 0 A 5 ANS**

PLAINTES DE L'ENFANT DE
0 A 5 ANS SOUS FORME D'ORDI NOGRAMMES

I. PLAINTES DE L'ENFANT DE 0 A 2 MOIS

(Voir Coordination PCIME intégrer 1 paragraphe pour les prestataires formés en PCIME et les non formés)

Dans tous les cas ne vous limitez pas à la plainte présentée par la mère de l'enfant, pour dépister, qu'il s'agisse de la première visite au Centre de Santé (premier contact) ou de la deuxième visite (visite de suivi), interroger la mère systématiquement évaluer, classer et prendre en charge pour les problèmes ci-après :

- 1.1.1. Absences de cris à la naissance
- 1.1.2. Conjonctivite néonatale
- 1.1.3. Troubles de coloration des téguments chez le nouveau-né
- 1.1.4. Variation thermique chez le nouveau-né
- 1.1.5. Maladie très grave ou infection bactérienne locale
- 1.1.6. Diarrhée
- 1.1.7. Problèmes d'alimentation ou insuffisance pondérale
- 1.1.8. Problèmes à l'alimentation du nourrisson malade
- 1.1.9. malnutrition
- 1.1.10. Etat vaccinal du nourrisson
- 1.1.11. Drépanocytose
- 1.1.12. Tuberculose
- 1.1.13. VIH/sida
- 1.1.14. Trypanosomiase
- 1.1.15. Autres problèmes (Onchocercose, Toxoplasme, Hypotonie musculaire (4 membres, souffrance cérébrale, Macrocéphalie, Microcéphalie, Anencéphalie,...)

Si l'enfant convulse, donner le Diazépam 0,5mg/kg en Ir (intra rectal).

1.1. PLAINTES DE L'ENFANT DE 0-2 MOIS

1.1.1. ABSENCES DE CRIS A LA NAISSANCE

1.1.1.1.

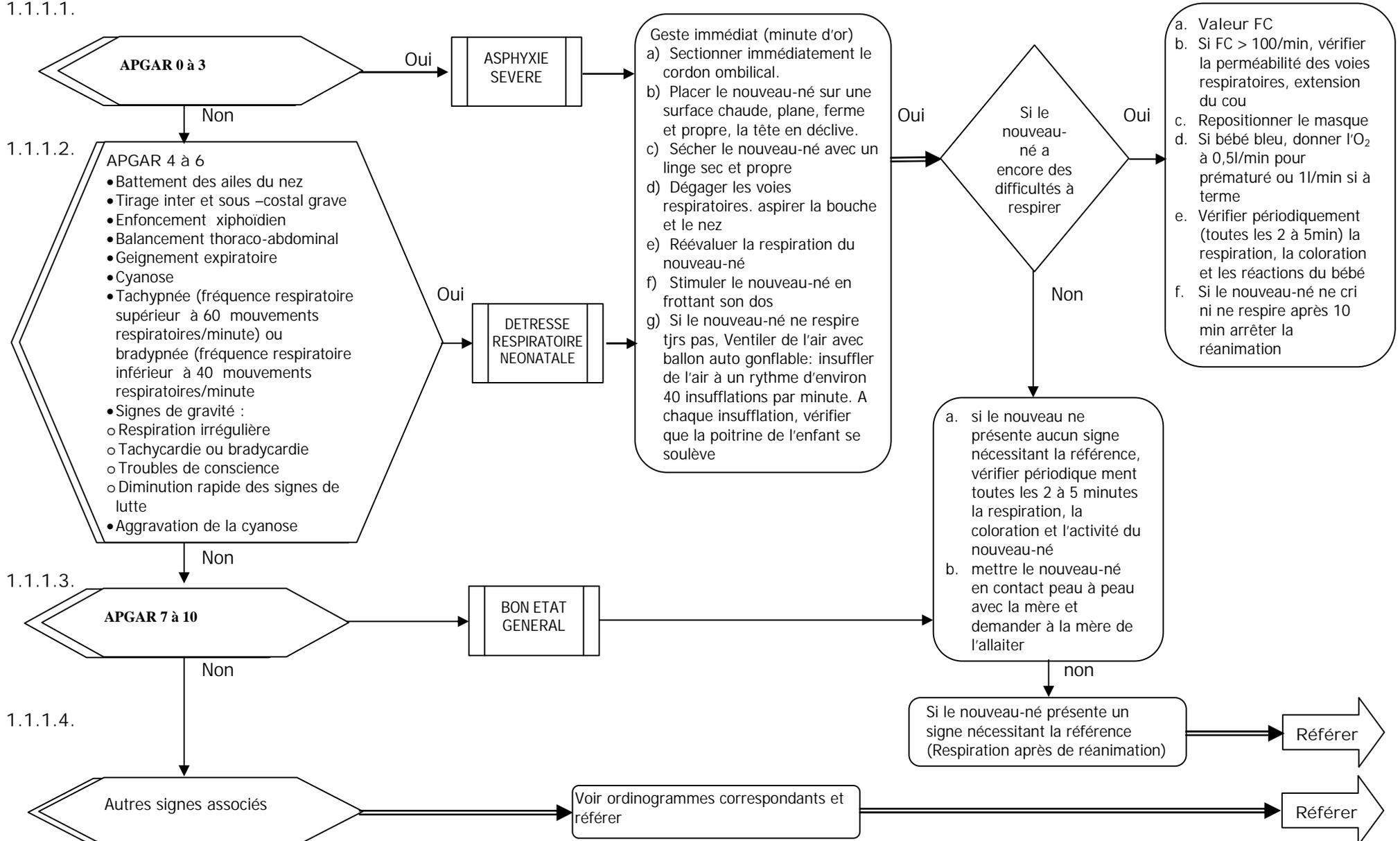


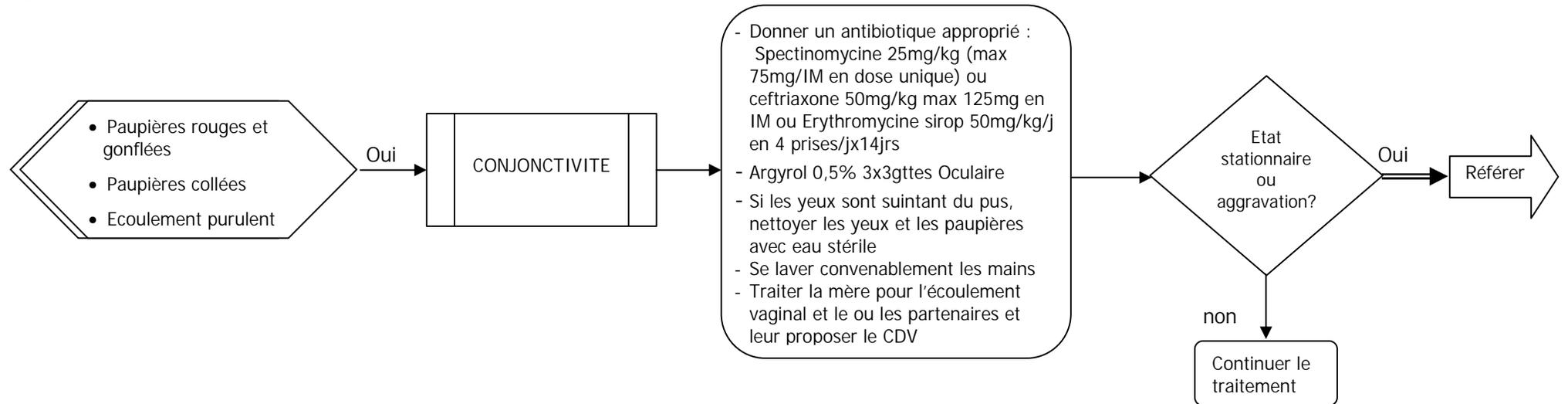
TABLEAU DE SCORE D'APGAR

CRITERES	Score 0	Score 1	Score 2
Couleur de la peau	Pâleur ou cyanose généralisée (bleuâtre)	Corps rose Mais extrémités cyanosées	Rose partout
Respiration (inspection)	nulle	Irrégulière Ou cri faible ou cri irrégulier	Régulière Ou cri vigoureux
Tonus musculaire	Nul (flasque)	Seulement aux extrémités (légère flexion)	Tout le corps (extrémités bien fléchies)
Réactivité (à la stimulation de la plante de pied ou à l'aspiration avec la poire ou l'aspirateur)	nulle	Petits mouvements, grimaces	Mouvements vifs
Fréquence cardiaque (Palpation du cordon ombilical ou du cœur, ou auscultation)	nulle	Moins de 100 battements /minute	Plus de 100 battements/minute

1.1.2. CONJONCTIVITE NEONATALE

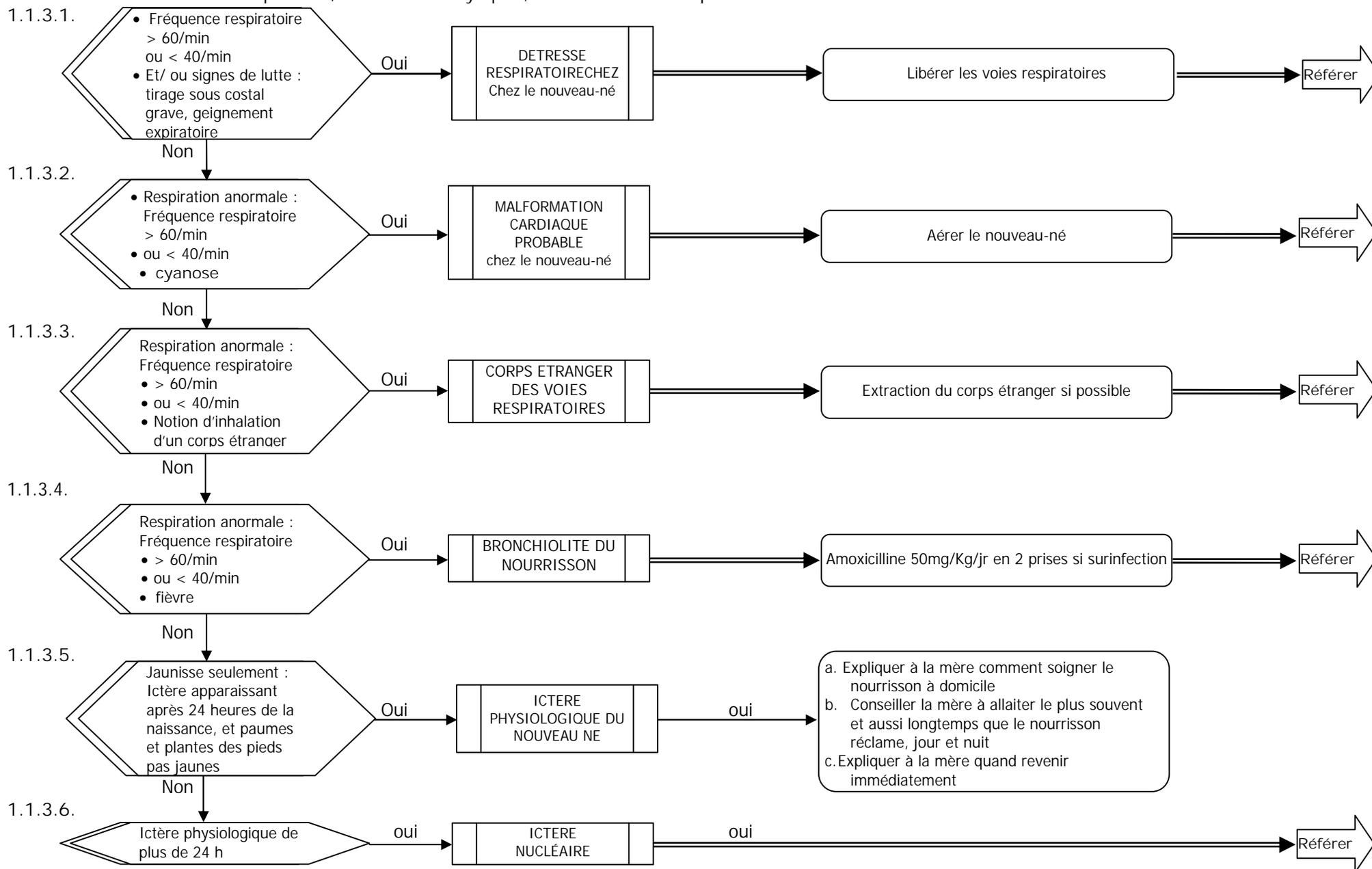
DEFINITION : Ce terme désigne une infection purulente aiguë des conjonctives survenant au cours du premier mois de la vie, contractée à la naissance.

1.1.2.1



1.1.3. TROUBLES DE COLORATION DES TEGUMENTS CHEZ LE NOUVEAU-NE

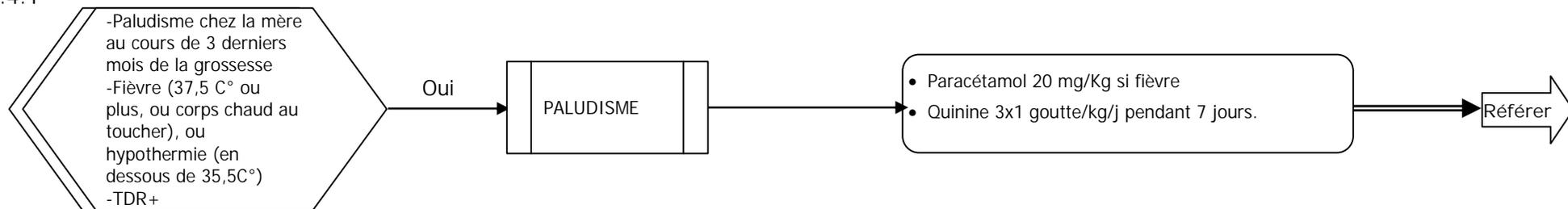
Rechercher : Détresse respiratoire, maladies hémolytiques, malformation cardiaque.



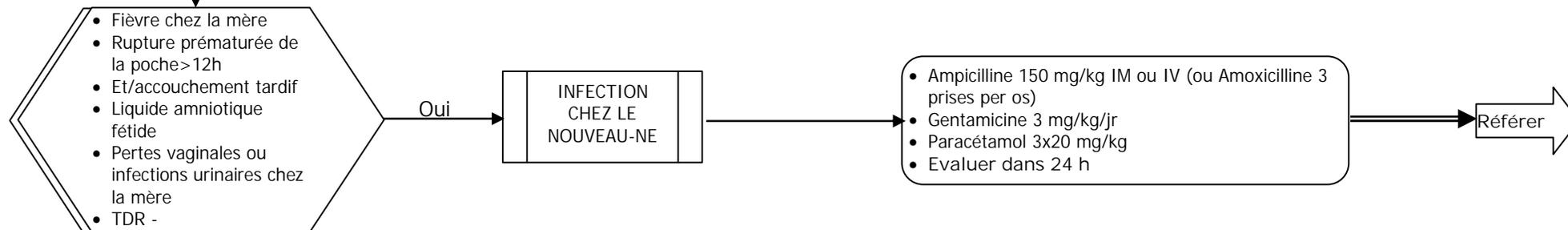
1.1.4. VARIATION THERMIQUE CHEZ LE NOUVEAU-NE

Il s'agit de l'hypothermie ou de l'hyperthermie

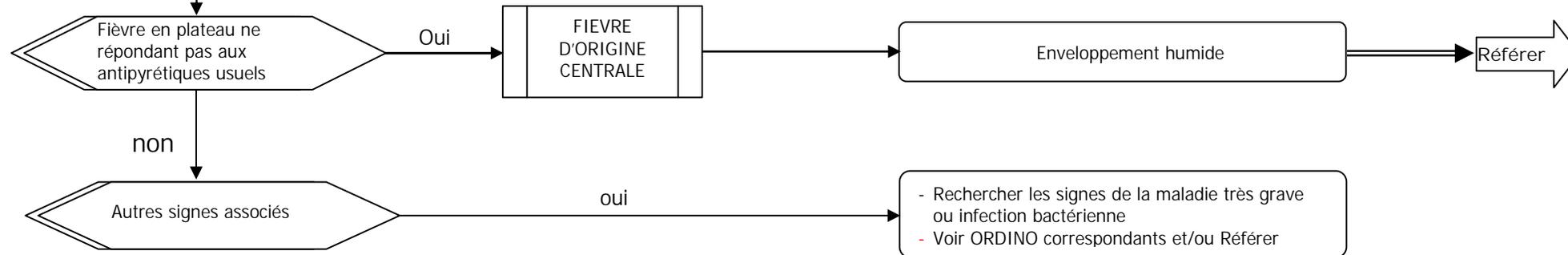
1.1.4.1



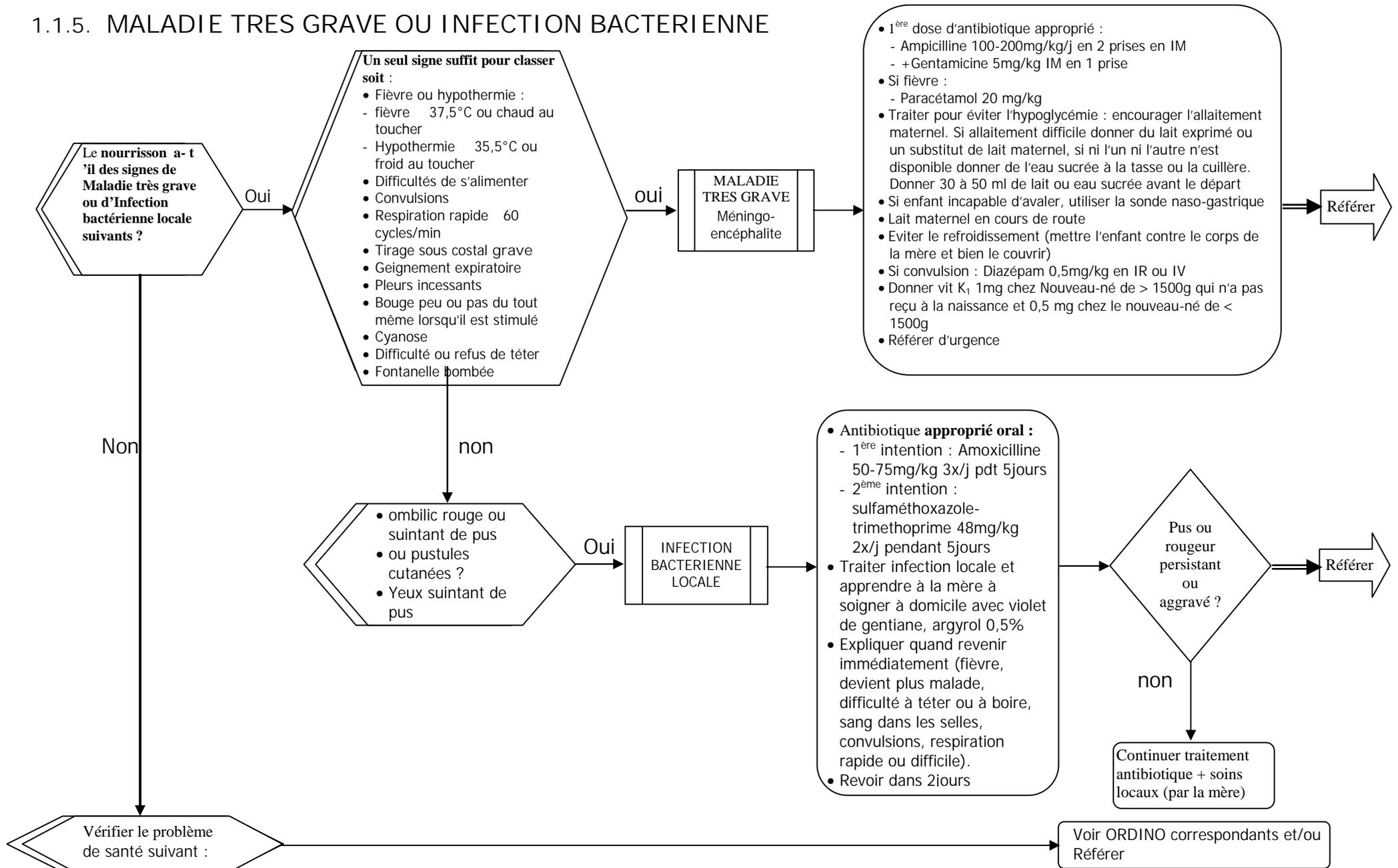
1.1.4.2



1.1.4.3.

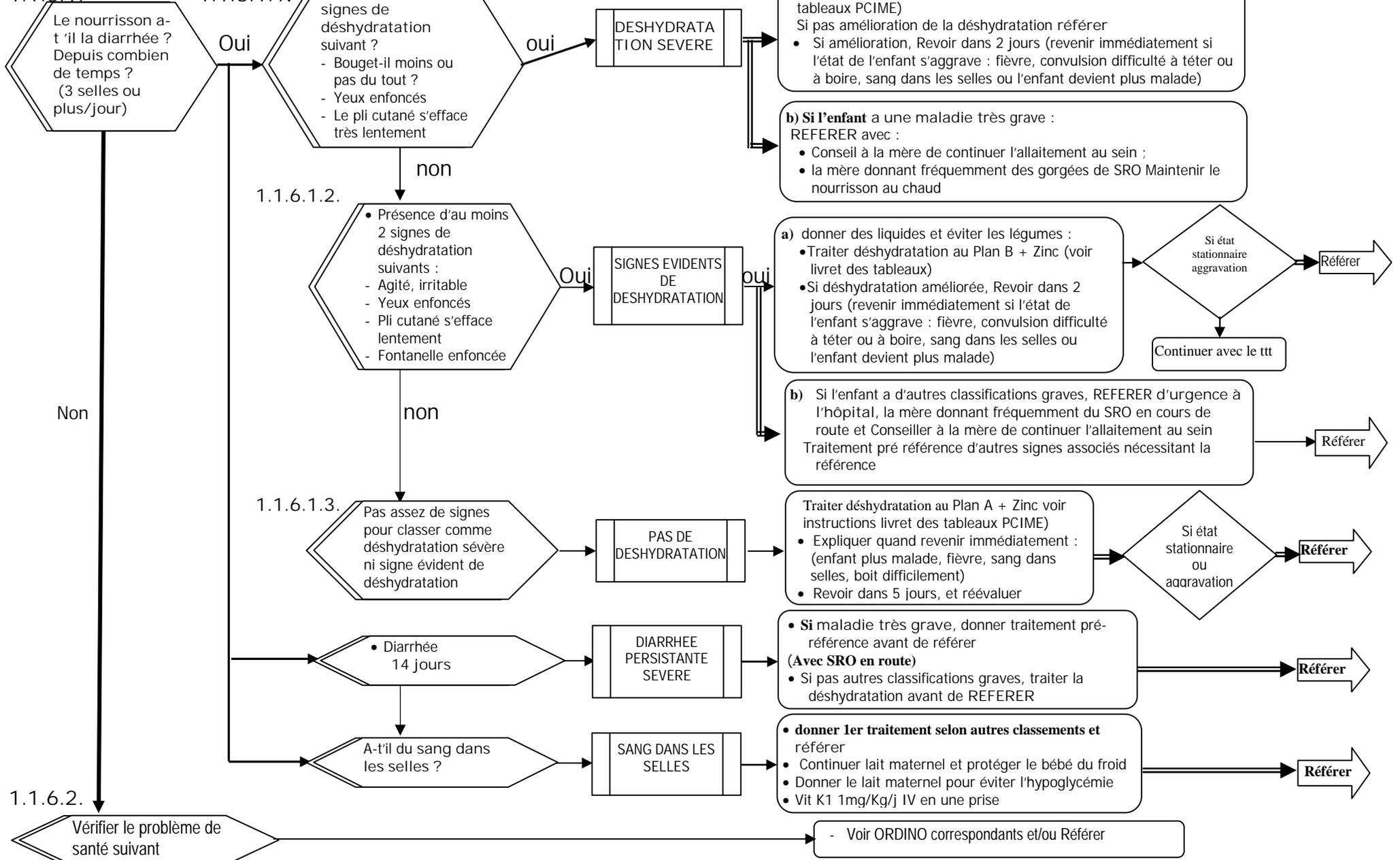


1.1.5. MALADIE TRES GRAVE OU INFECTION BACTERIENNE

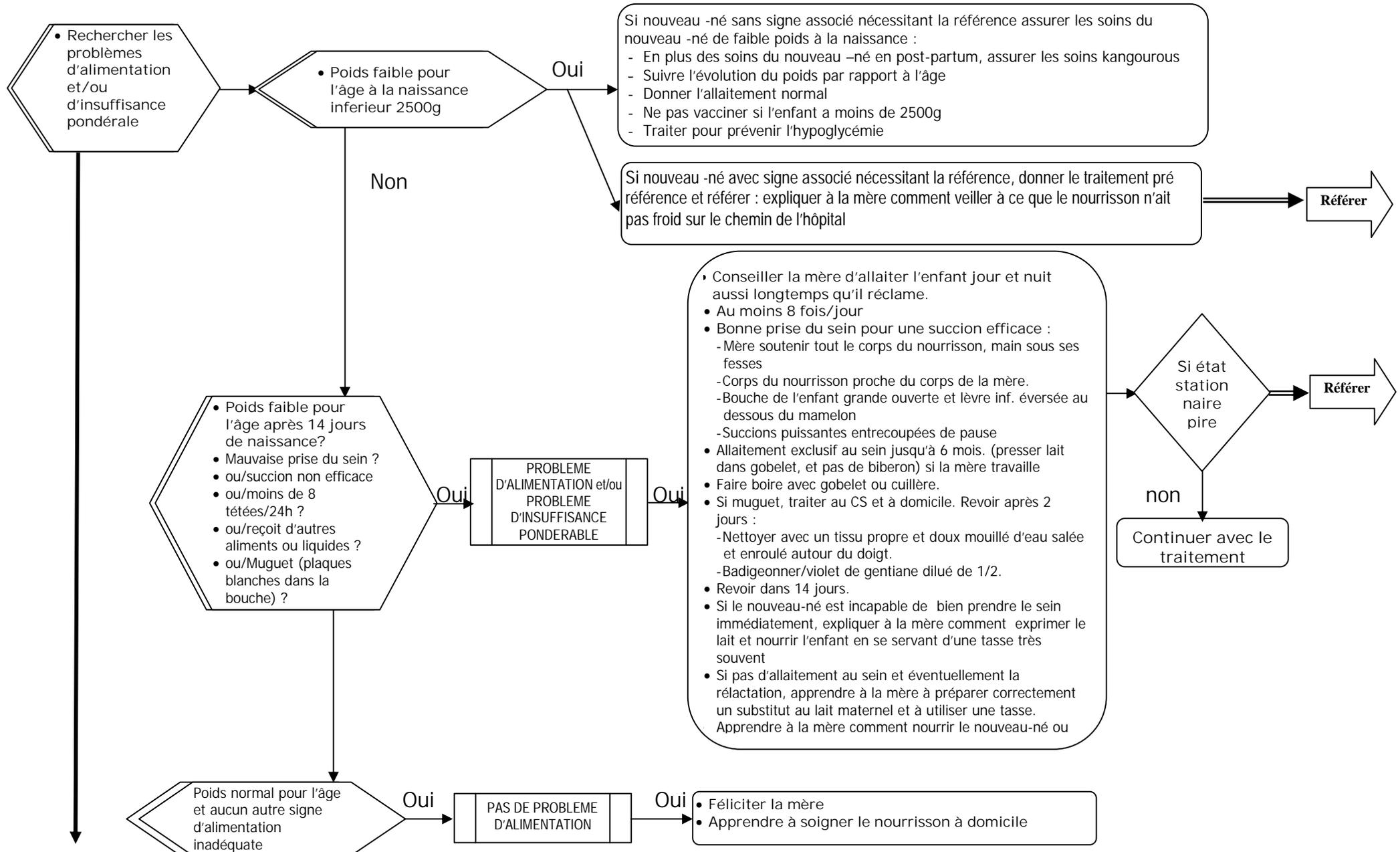


1.1.6. DIARRHEE

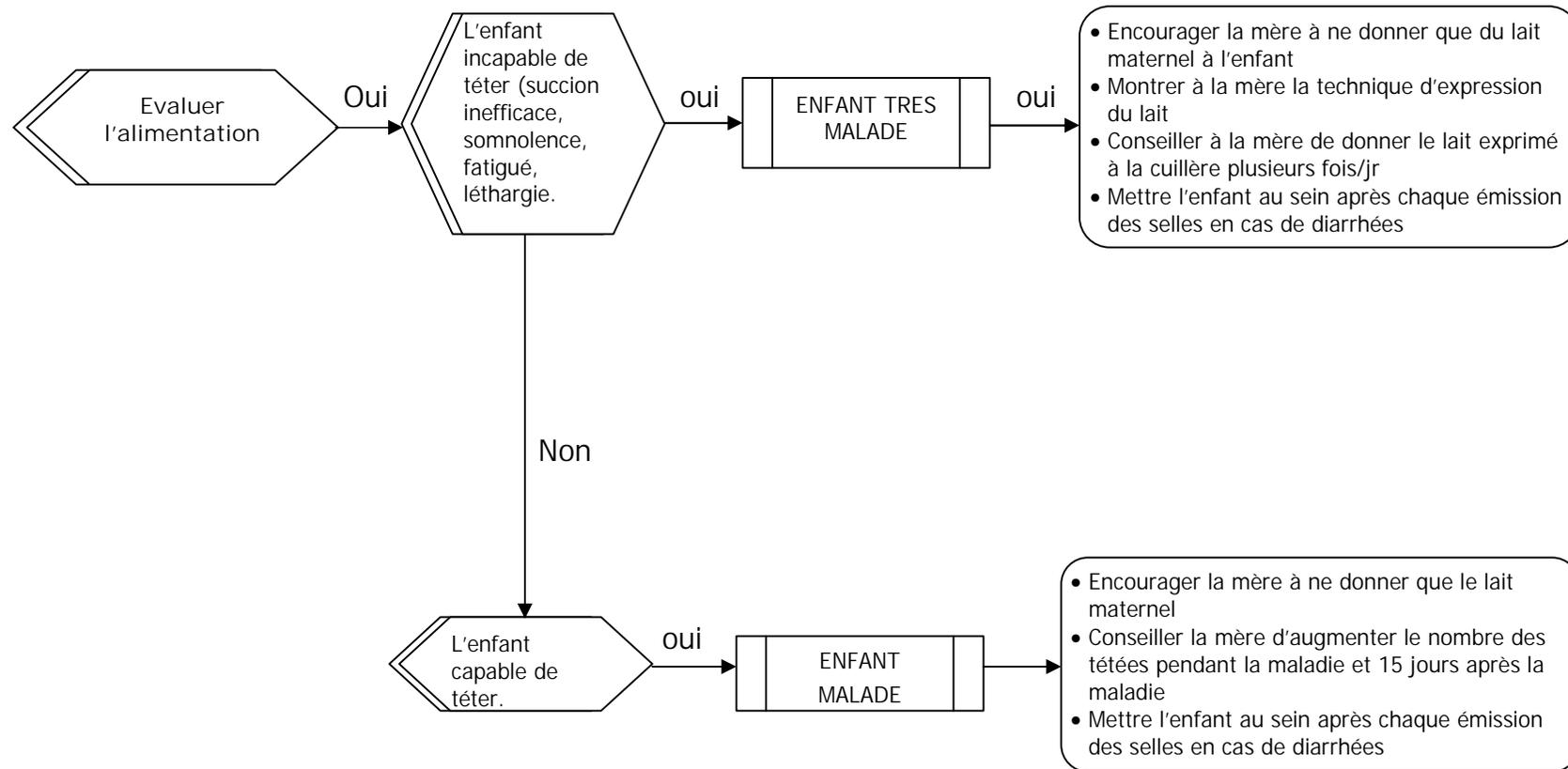
1.1.6.1.



1.1.7. PROBLEMES D'ALIMENTATION OU INSUFFISANCE PONDERALE



1.1.8. PROBLEMES LIES A L'ALIMENTATION DU NOURRISSON MALADE (0-2mois)

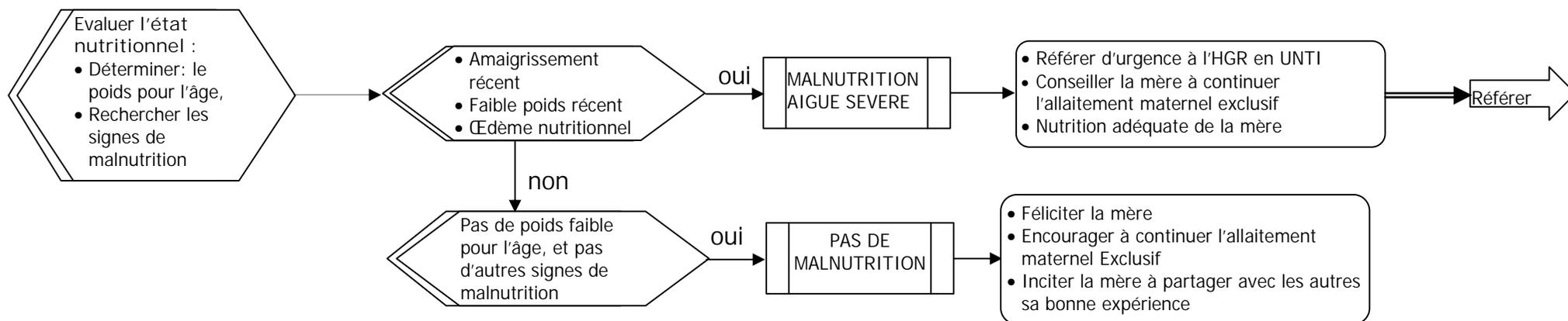


N.B Si mère séropositive :

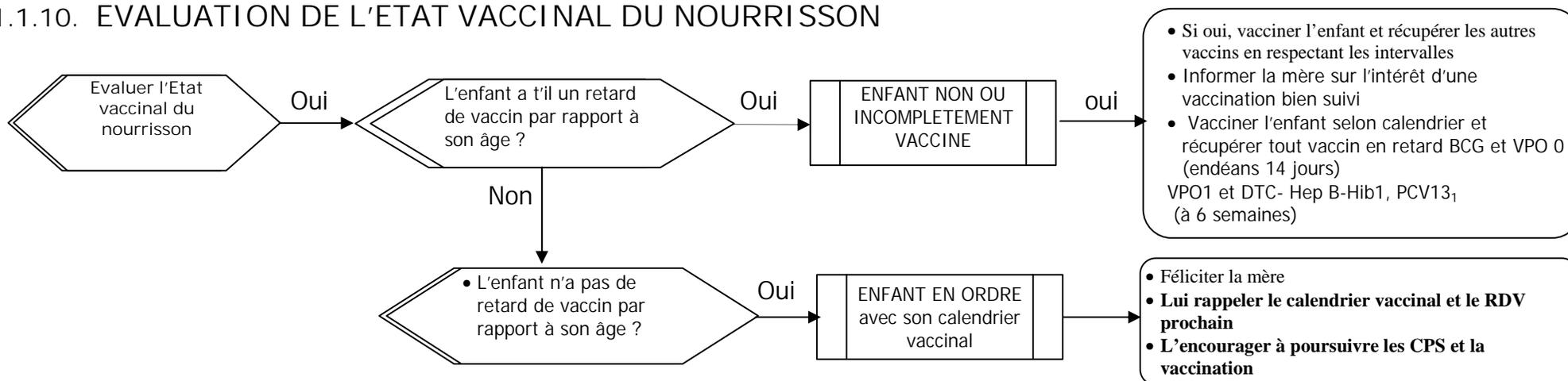
Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois puis introduire les aliments supplémentaires et continuer avec l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois si bonne adhérence et charge virale indétectable (de la mère). Dans le cas contraire (mauvaise adhérence et charge virale détectable) arrêter l'allaitement maternel à 12 mois ou alimentation de substitution dès la naissance.

Remarque : Pas d'alimentation mixte c'est-à-dire ne pas mélanger l'allaitement et Alimentation de substitution durant les 6 premiers mois de vie.

1.1.9. MALNUTRITION

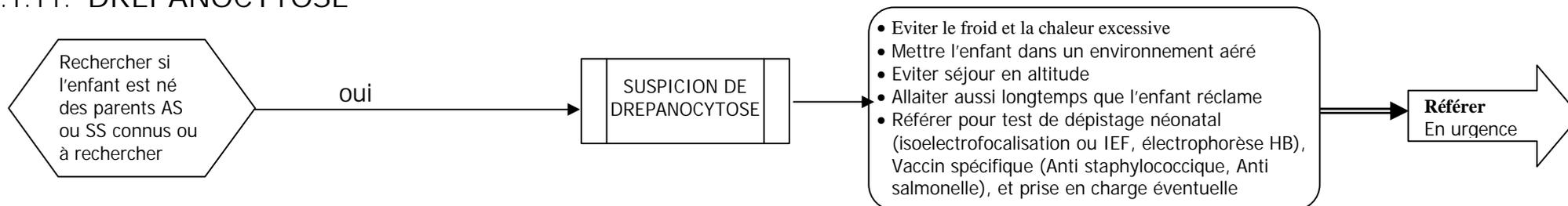


1.1.10. EVALUATION DE L'ETAT VACCINAL DU NOURRISSON



NB : Evaluation de l'état vaccinal du nourrisson se fera chaque fois que le nourrisson est au CS avec sa mère

1.1.11. DREPANOCYTOSE



1.1.12. TUBERCULOSE

1.1.12.1.a.

Rechercher si l'enfant est né d'une mère TBC

Oui

Présence des signes cliniques :

- Fièvre inexplicée et sueurs nocturnes ;
- Adénopathie ;
- Déformations des os et des articulations ;
- Masse abdominale inexplicée ou ascite ;
- Signes neurologiques et/ou coma ;
- Déformation de la colonne vertébrale.
- Cfr : PATI 5, page 73 et 78

Tuberculose

Traitement :

2 RHZE/4RH (Durée : 6 mois) : Cfr PATI 5
 Phase intensive (1^{ère} phase)
 Phase de relais (II^{ème} phase)
 R=60mg ; H=30mg ; Z=150mg ;
 R=60mg ; H=30 mg
 E=100mg (ou E=400mg)
 Chaque jour
 Durée : 4 mois
 Durée : 2 mois

Etat Stationnaire pire

Référer

Continuer le traitement jusqu'à la fin (6 mois)

1.1.12.1.b.

non

Absence de signe clinique

Exposition à la tuberculose

Prophylaxie à l'INH préventif (10mg /Kg /Jour pendant 6 mois)

1.1.13. VIH/SIDA

Rechercher si l'enfant est né d'une mère séropositive

oui

Enfant exposé au VIH

- Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois. Arrêt allaitement à 24 mois si bonne adhérence et charge virale indétectable. Au cas contraire arrêter l'allaitement à 12 mois avec sevrage progressif à partir de 11 mois.
 - Si mère non encore sous ARV, pour sa propre santé, initier le TARV : TDF + 3TC + EFV
 -SI mère sous ARV, pour sa propre santé, donner à l'enfant la trithérapie AZT +3TC + NVP l'arrêt de l'allaitement.
 Dépistage néonatal au PCR

1.1.14. TRYPANOSOMIASE

Enfant né d'une mère avec notion de résidence ou séjour dans une zone endémique THA ou avec antécédents récent THA

oui

Suspicion THA

- Trypanosome positif dans un des examens de laboratoire suivants :
- Suc Ganglionnaire
- Goutte Epaisse,
- Sang Frais

TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE

Référer

1.1.15. AUTRES SIGNES

Autres signes ?

oui

AUTRE PROBLEME

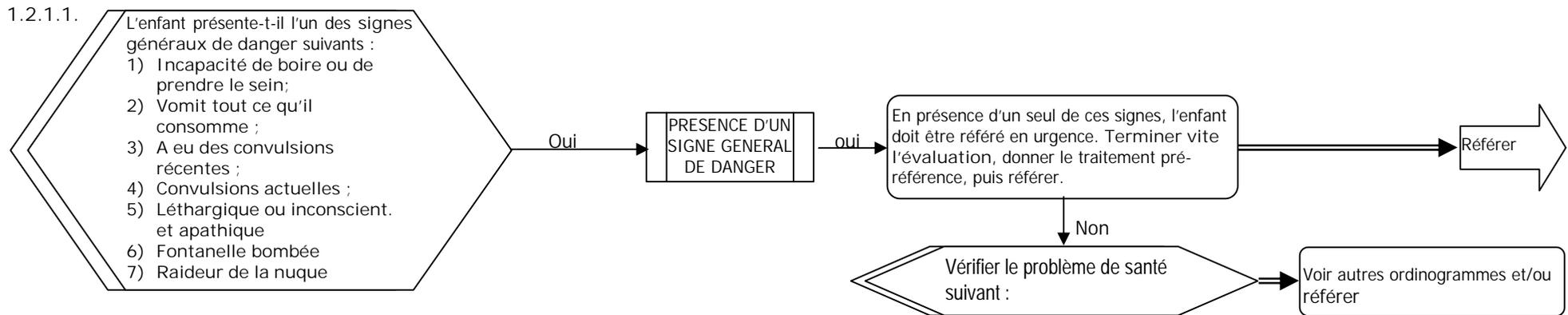
Voir autres ordinogrammes ad hoc et/ou référer

II. SANTE DE L'ENFANT DE 2 MOIS - 59 MOIS

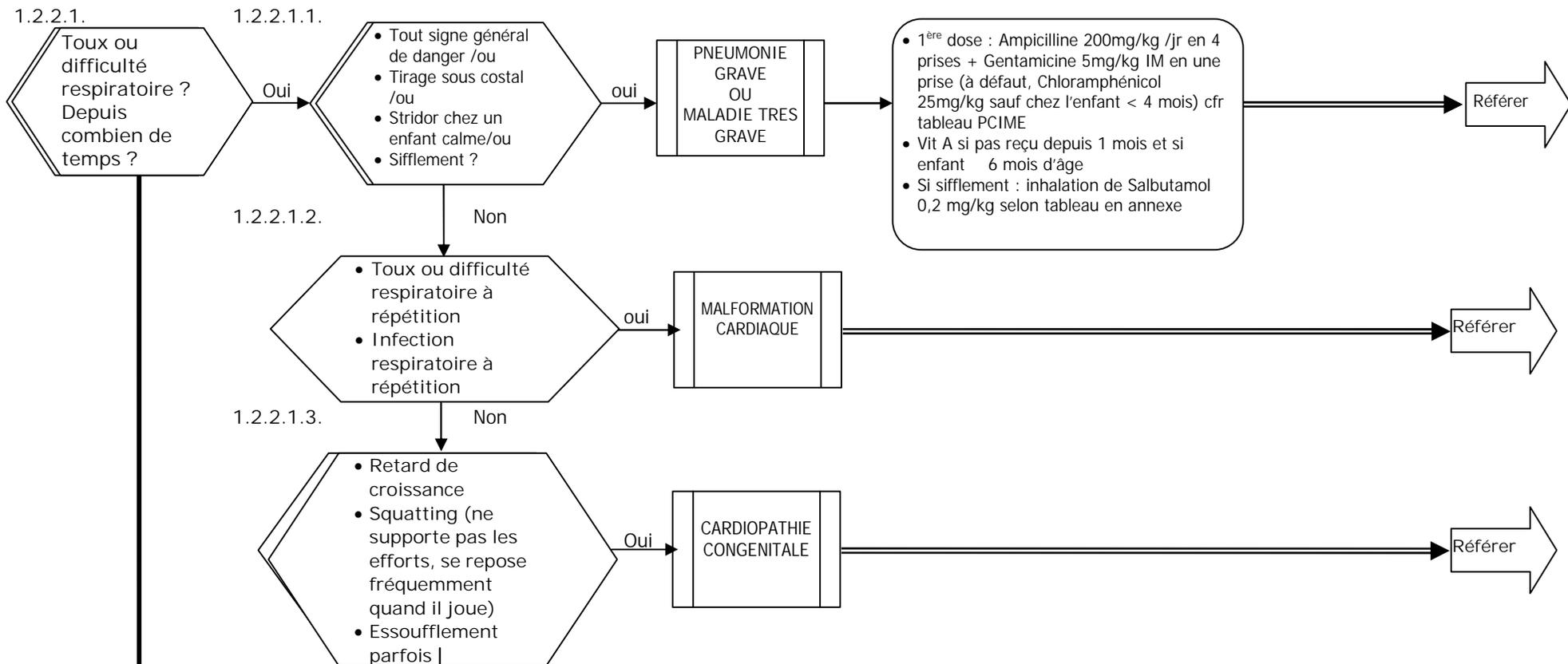
Dans tous les cas ne vous limitez pas à la plainte présentée par la mère de l'enfant, pour dépister, qu'il s'agisse de la première visite au Centre de Santé (premier contact) ou de la deuxième visite (visite de suivi), interroger la mère systématiquement évaluer, classer et prendre en charge pour les problèmes ci-après :

- 1.2.1. SIGNES GENERAUX DE DANGER
- 1.2.2. TOUX OU DIFFICULTE RESPIRATOIRE
- 1.2.3. DIARRHEE
- 1.2.4. FIEVRE
- 1.2.5. MAL A L'OREILLE
- 1.2.6. PALEUR PALMAIRE
- 1.2.7. DREPANOCYTOSE
- 1.2.8. MALNUTRITION
- 1.2.9. TUBERCULOSE
- 1.2.10 TRYPANOSOMIASE
- 1.2.11 VIH/SIDA
- 1.2.12 ETAT VACCINAL
- 1.2.13 SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A
- 1.2.14 AUTRES PROBLEMES NON REPRIS
- 1.2.15 PLEURS INCESSANTS
- 1.2.16 RETARD DE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR
- 1.2.17 ONCHOCERCOSE
- 1.2.18 HYPERKINÉSIE

1.2.1. SIGNES GENERAUX DE DANGER

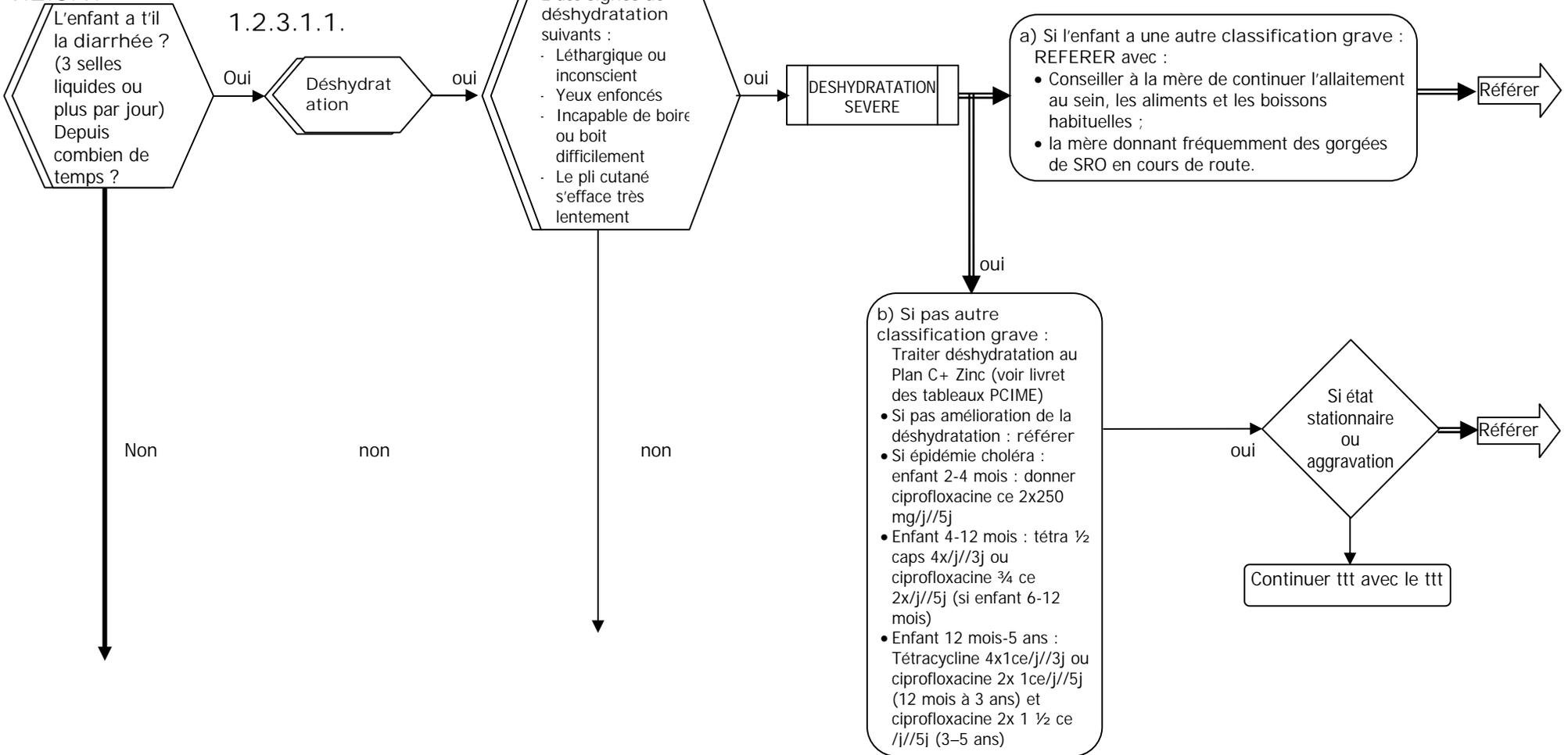


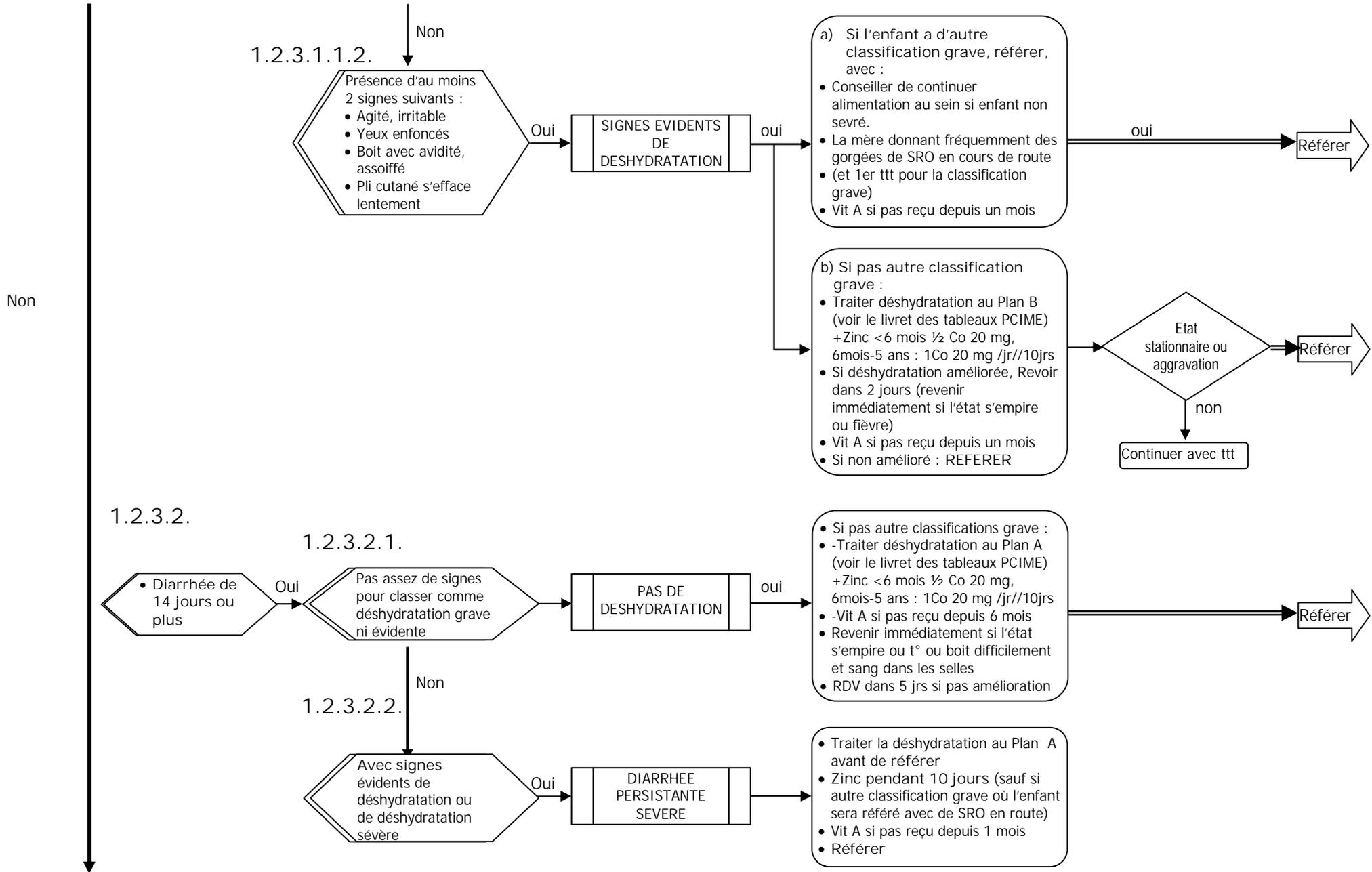
1.2.2. TOUX OU DIFFICULTE RESPIRATOIRE

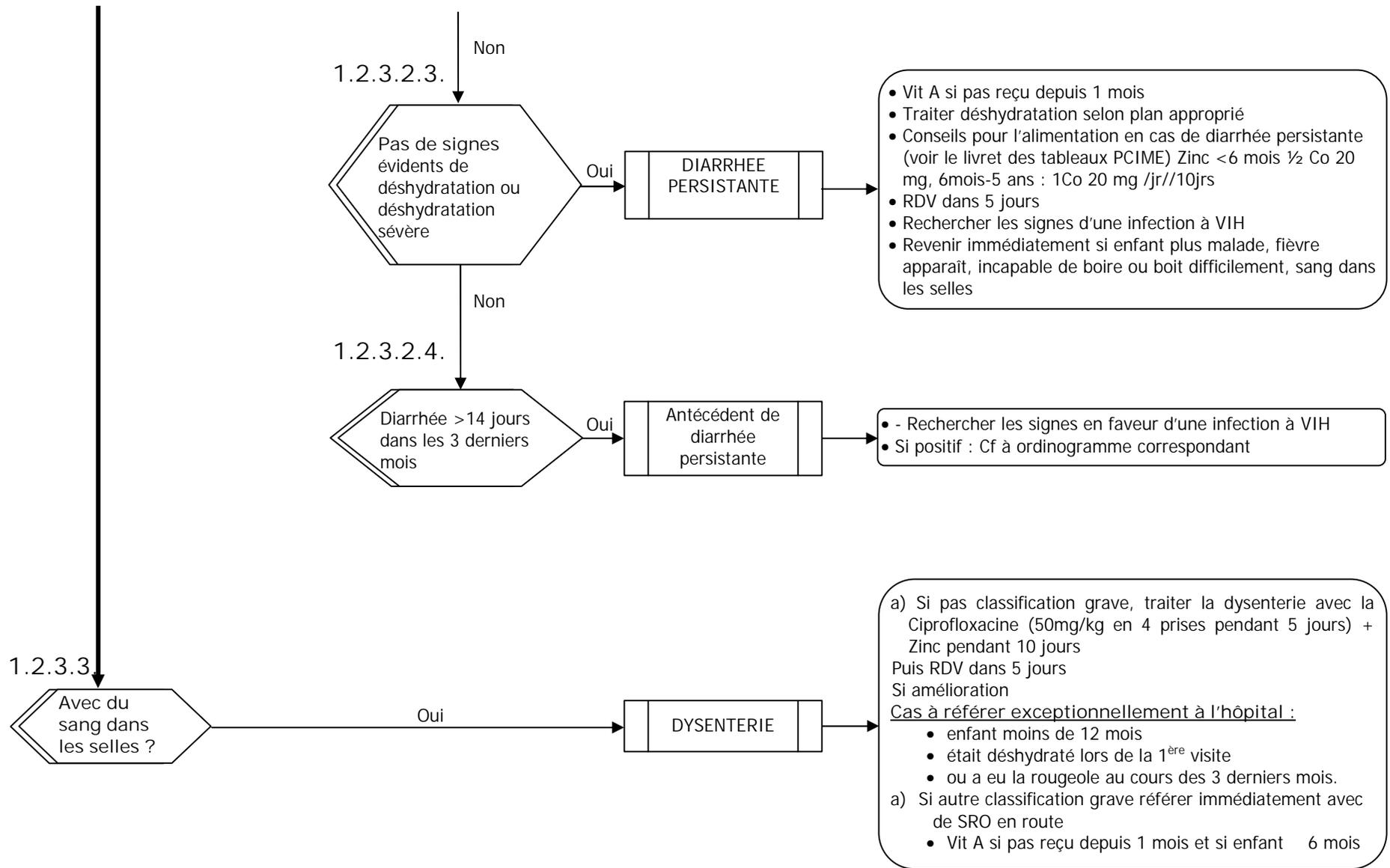


1.2.3. DIARRHEE

1.2.3.1.

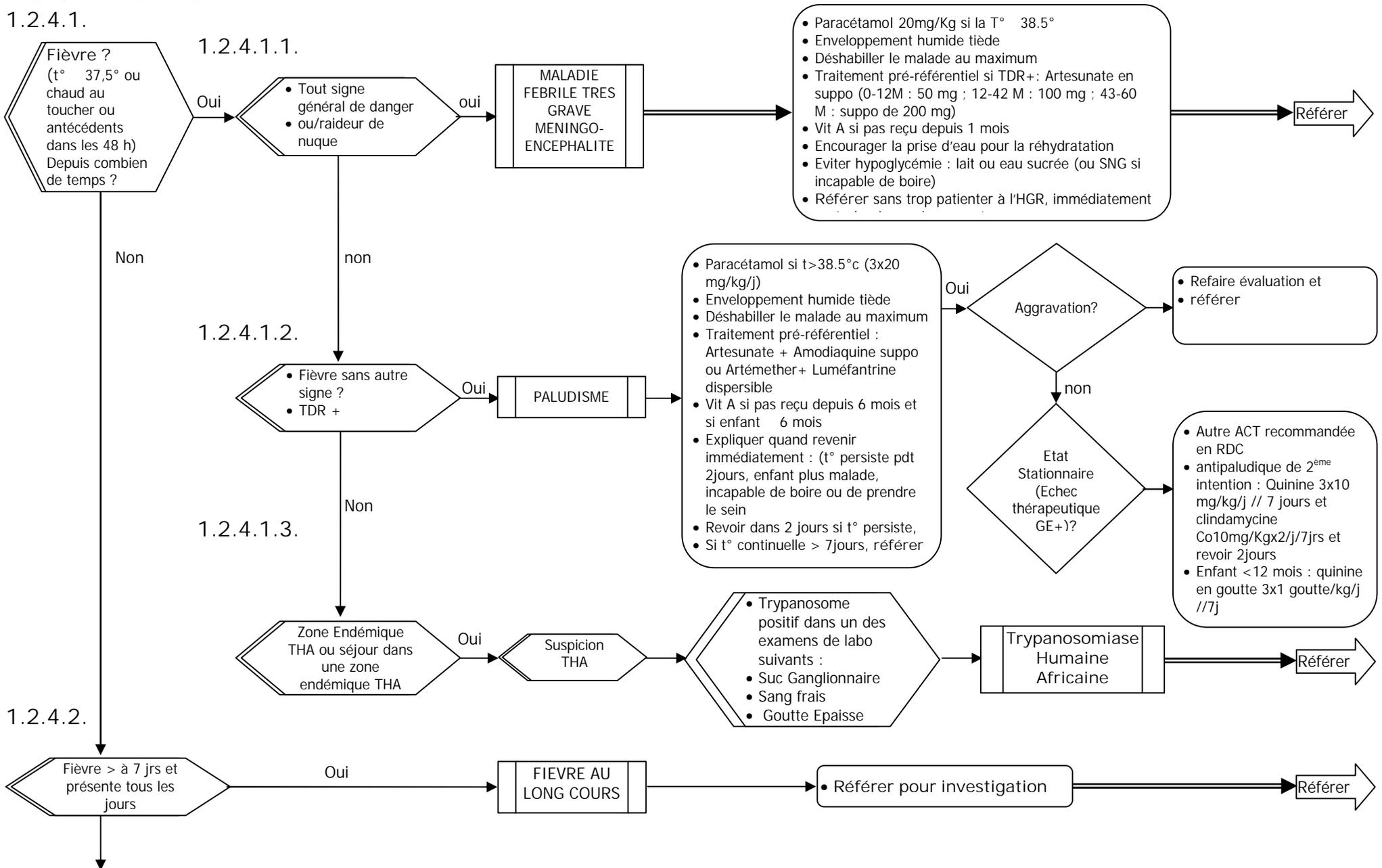




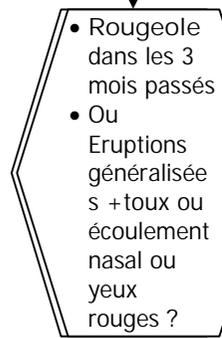


1.2.4. FIEVRE

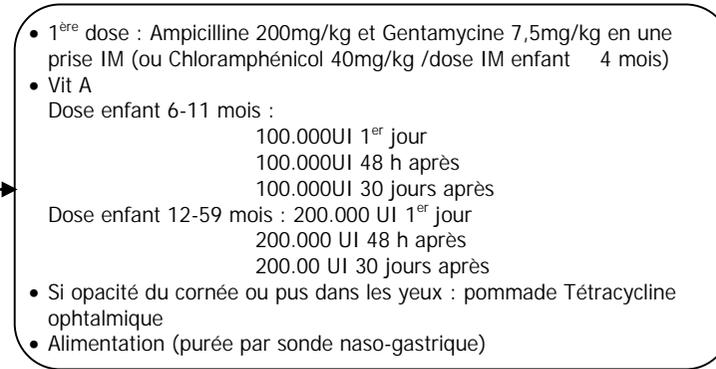
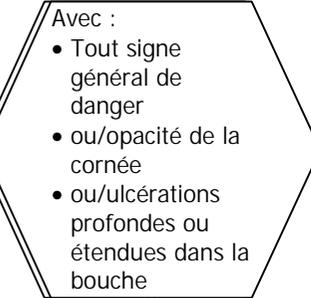
1.2.4.1.



1.2.4.3.

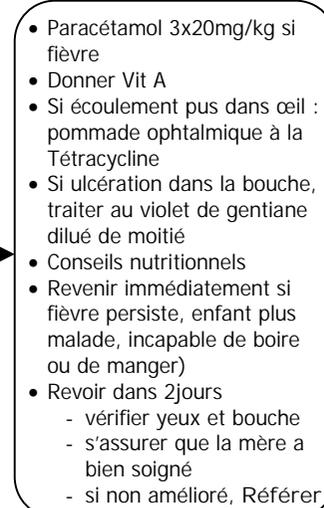
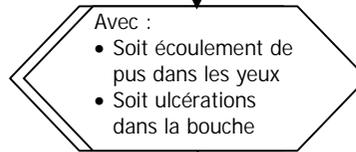


1.2.4.3.1.

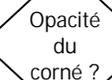


Non

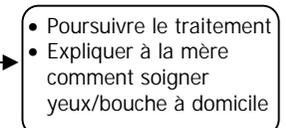
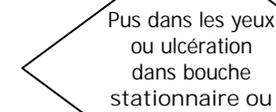
1.2.4.3.2.



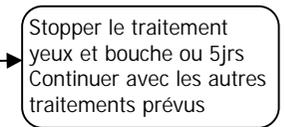
Oui



Non

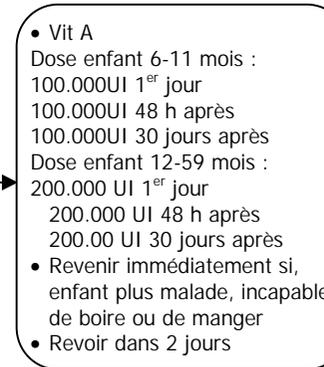
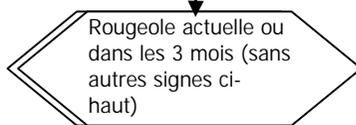


non

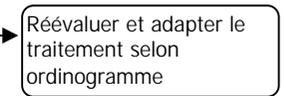


Non

1.2.4.3.3.

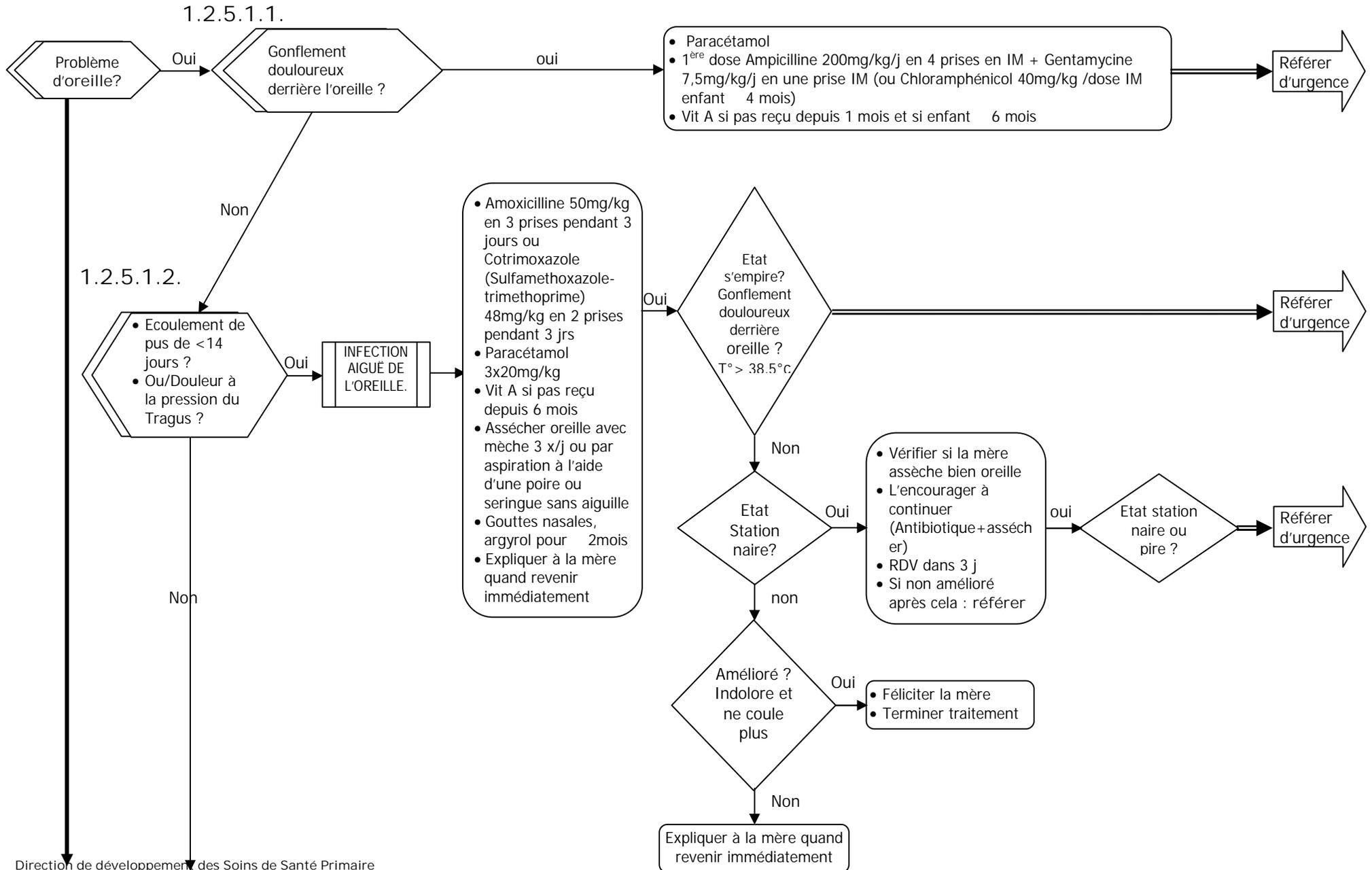


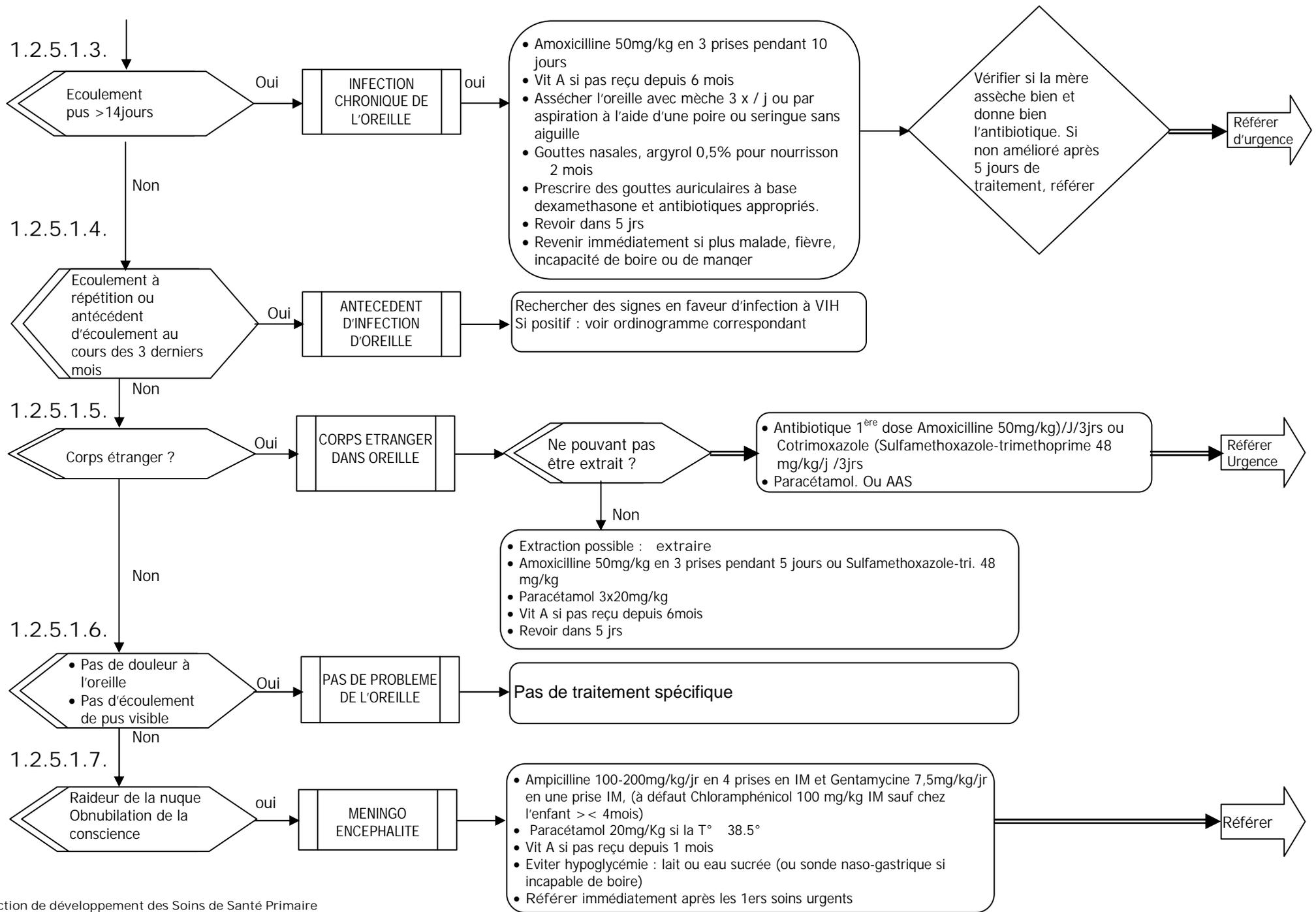
Oui



1.2.5. PROBLEME D'OREILLE

1.2.5.1.

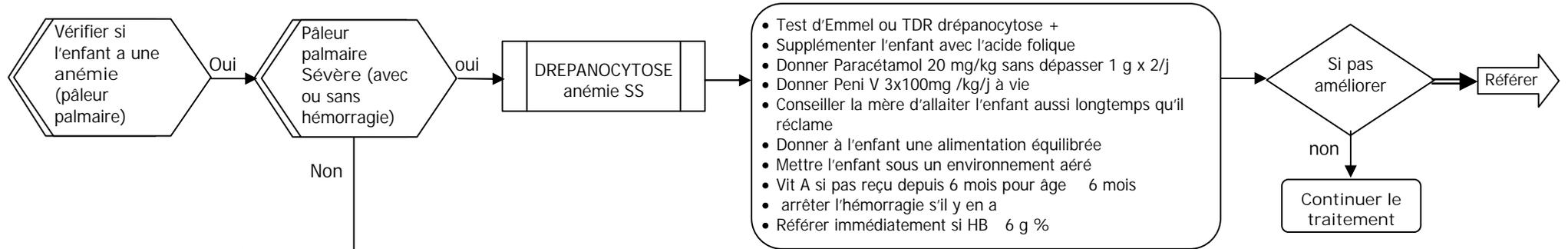




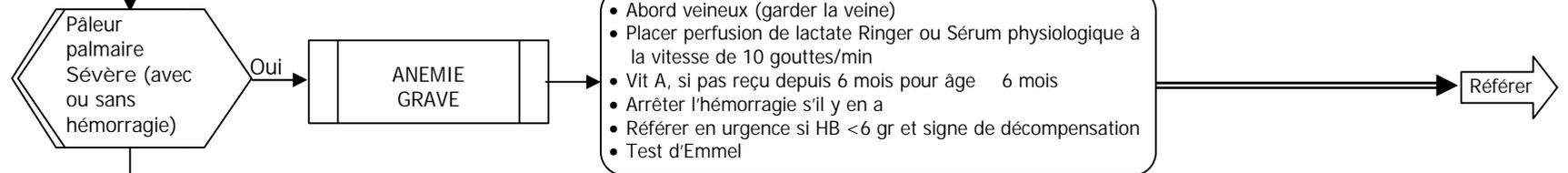
1.2.6. PALEUR PALMAIRE

1.2.6.1.

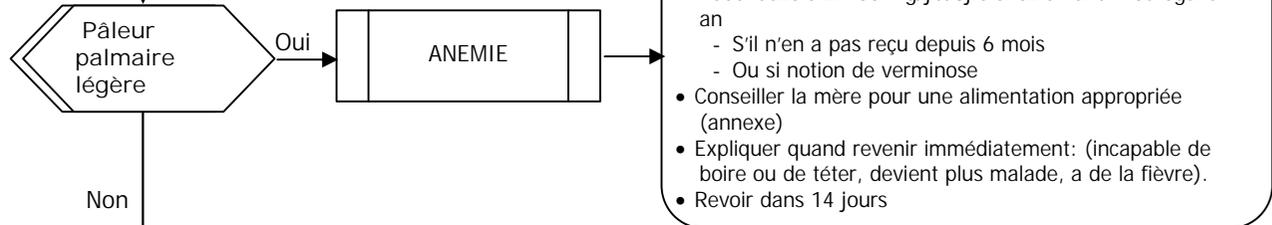
1.2.6.1.1.



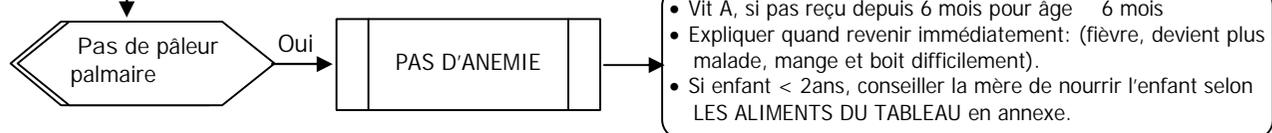
1.2.6.1.2.



1.2.6.1.2.

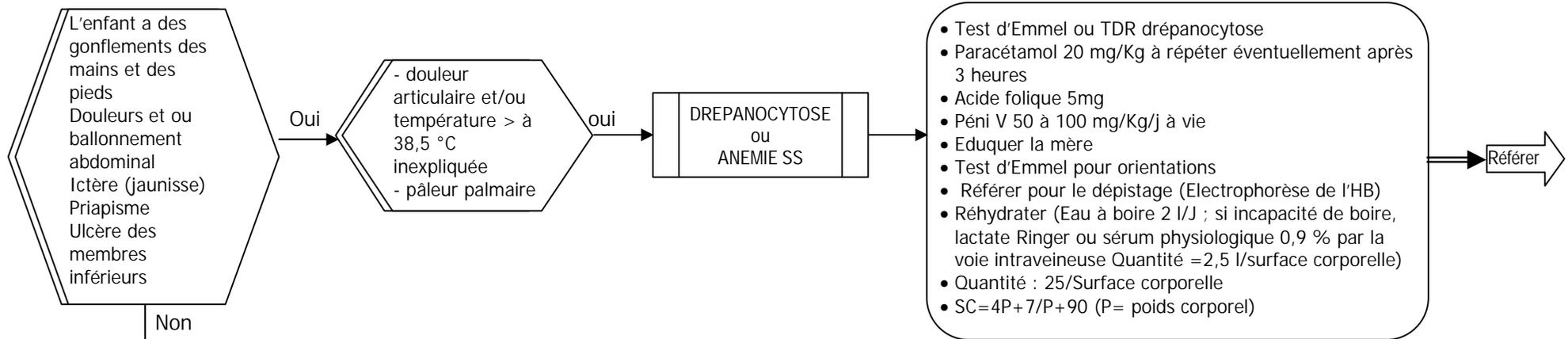


1.2.6.1.2.

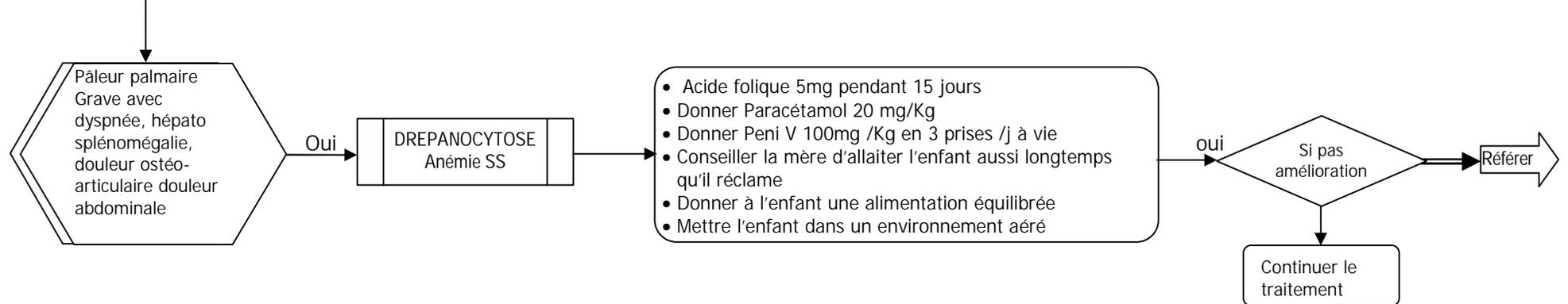


1.2.7. DREPANOCYTOSE

1.2.7.1.

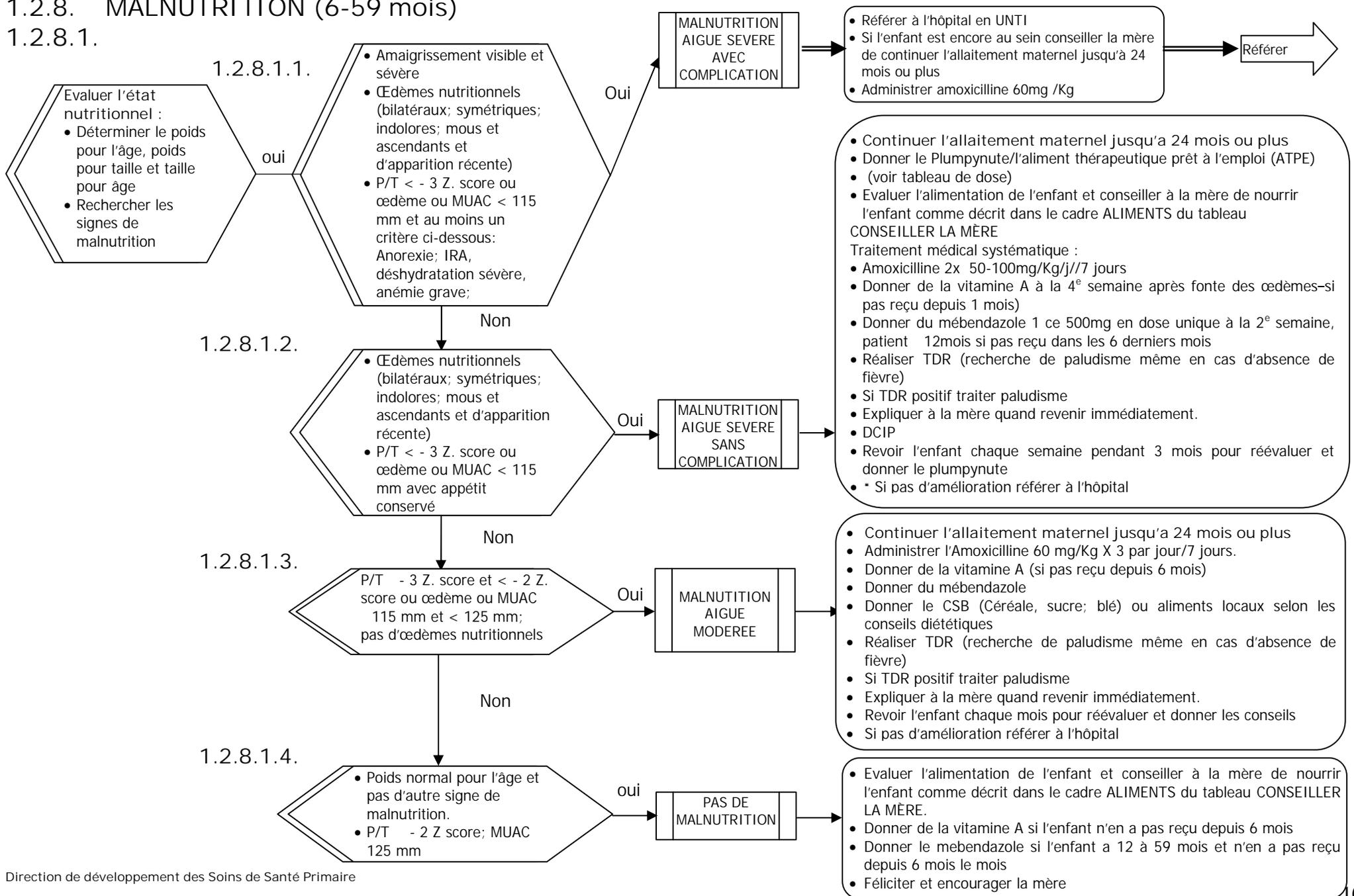


1.2.7.2.



1.2.8. MALNUTRITION (6-59 mois)

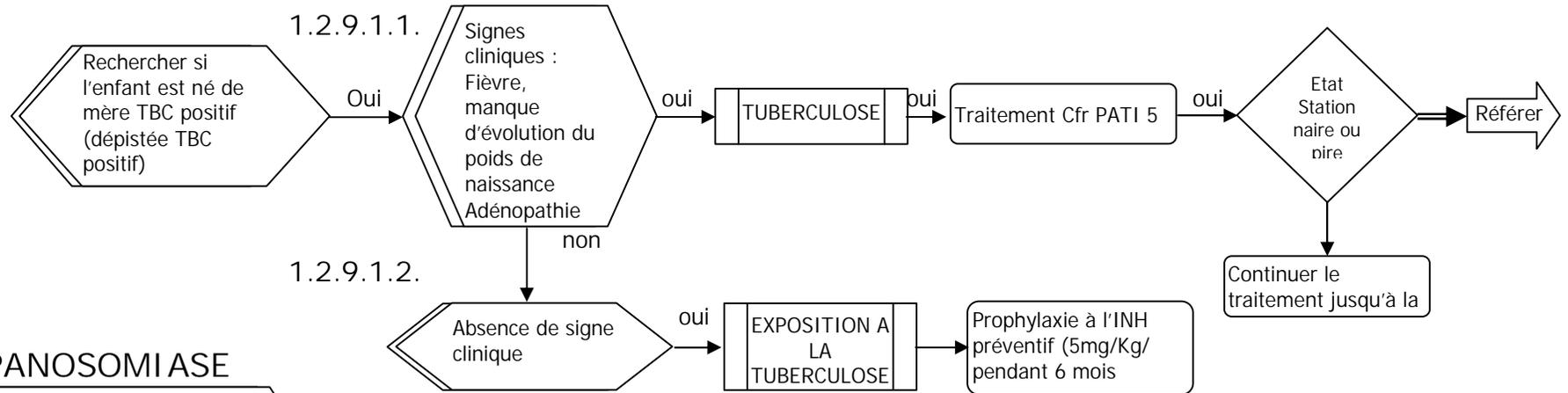
1.2.8.1.



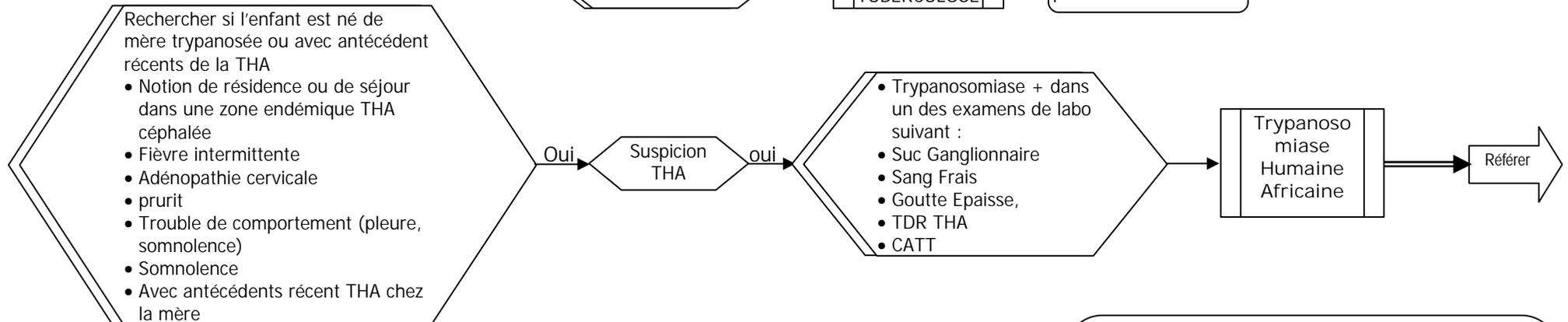
ANTECEDENTS DE LA MERE

1.2.9. TUBERCULOSE

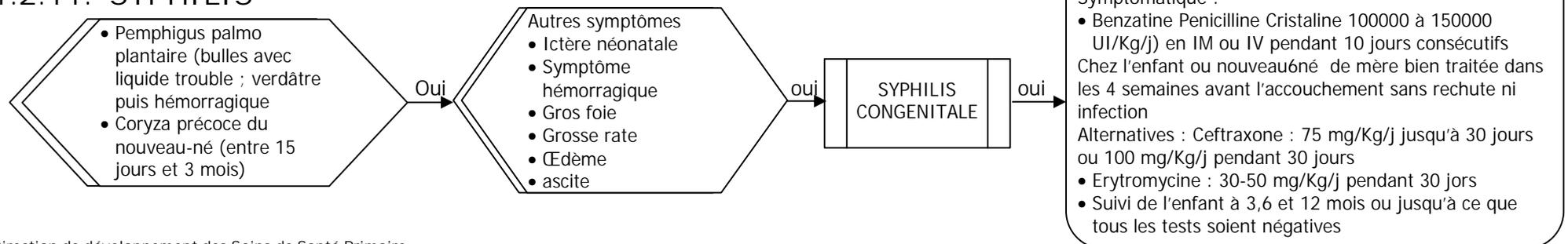
1.2.9.1.



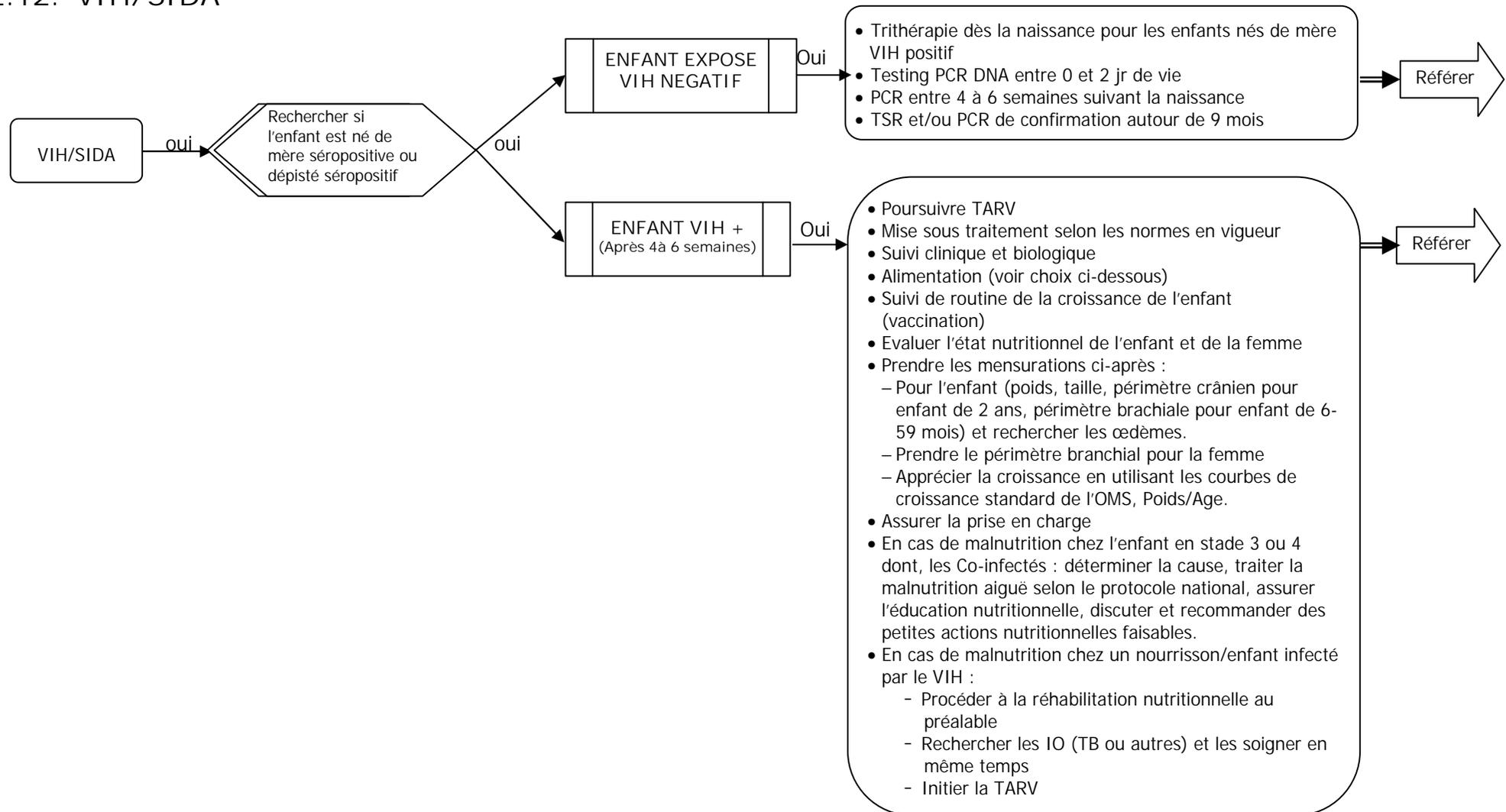
1.2.10. TRYPANOSOMIASE



1.2.11. SYPHILIS



1.2.12. VIH/SIDA



CHOIX DU MODE D'ALIMENTATION

1. Enfants exposé :

Premier choix :

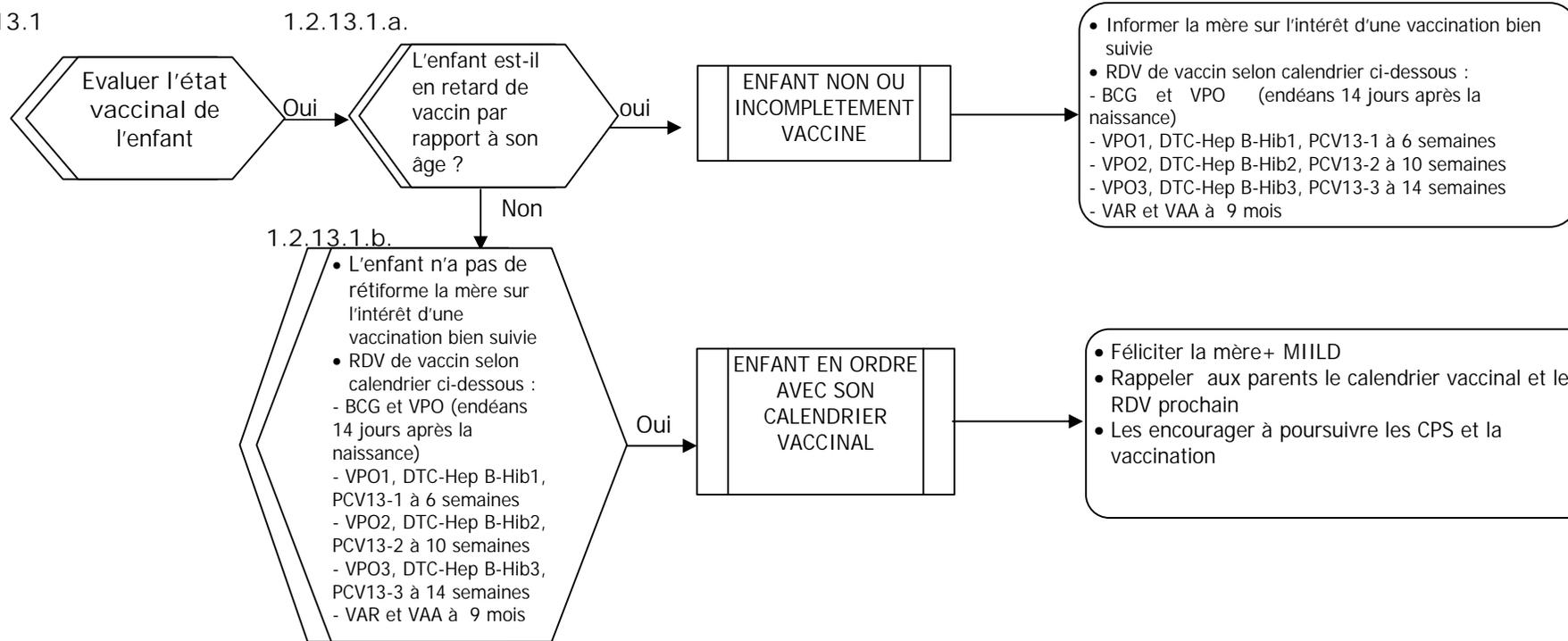
- Allaitement maternel exclusif (AME) jusqu'à 6 mois
- Continuer l'allaitement en associant les aliments de complément jusqu'à 12 mois
- Arrêt progressif de l'allaitement et à partir du 11^{ème} mois

Deuxième choix :

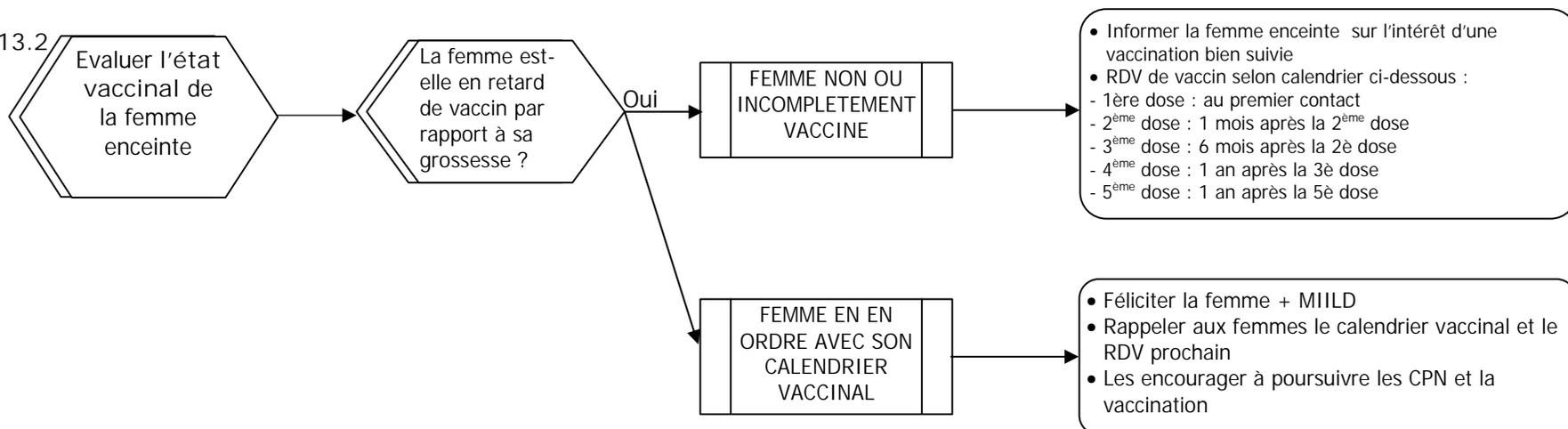
- Alimentation de substitution exclusive (ASE) jusqu'à 6 mois
- Associer les aliments de complément à partir du 6ème mois

1.2.13. ETAT VACCINAL DE L'ENFANT ET DE LA FEMME ENCEINTE

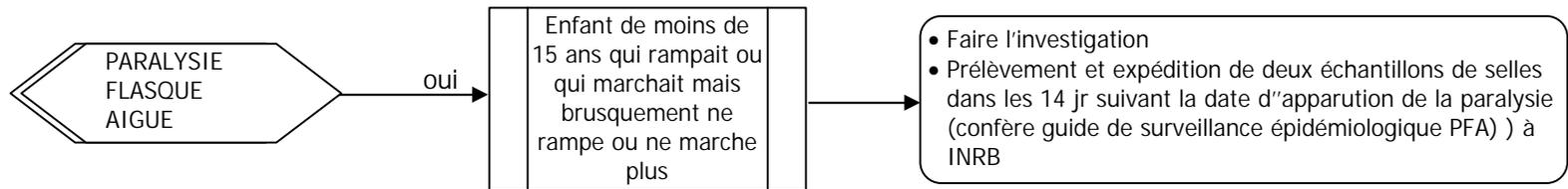
1.2.13.1



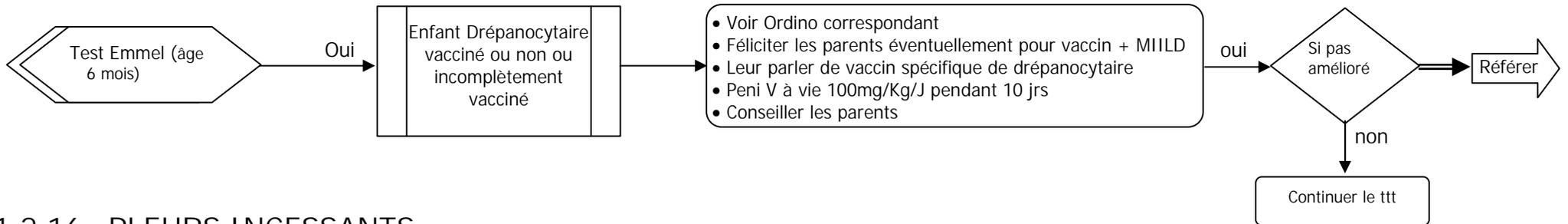
1.2.13.2



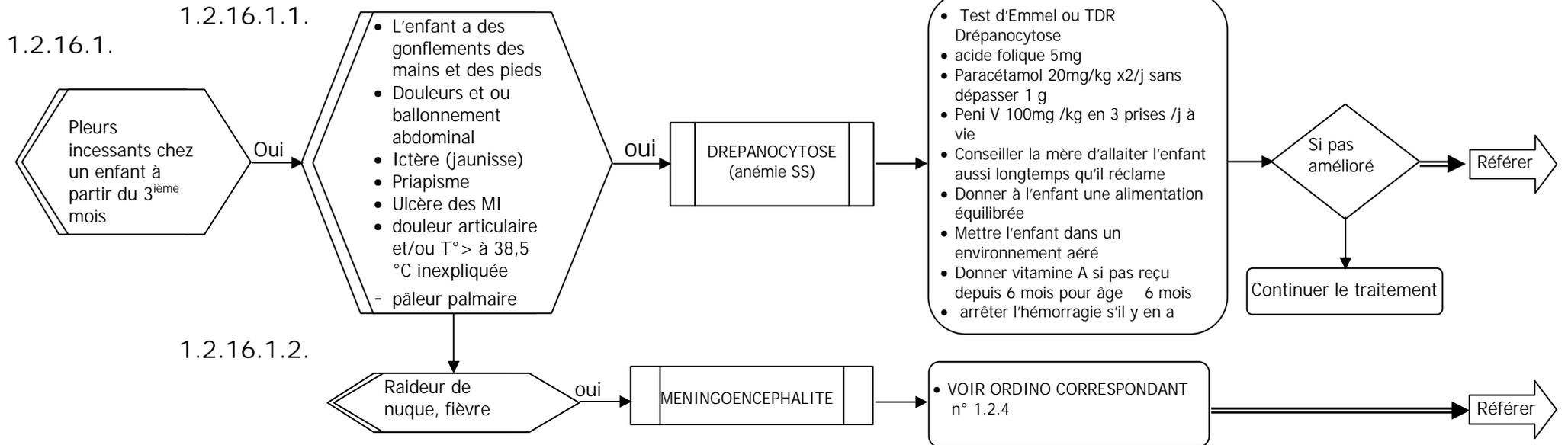
1.2.14. RECHERCHE PFA pour enfant de moins de 15 ans



1.2.15. RECHERCHE DE DREPANOCYTOSE

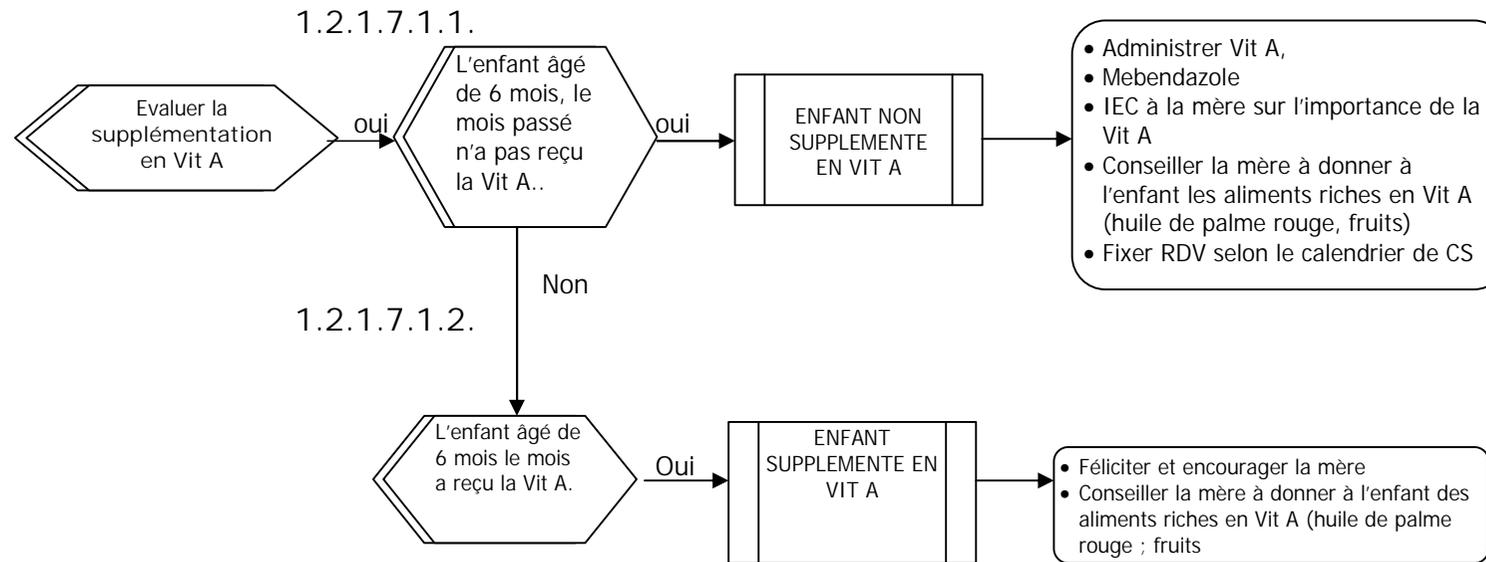


1.2.16. PLEURS INCESSANTS

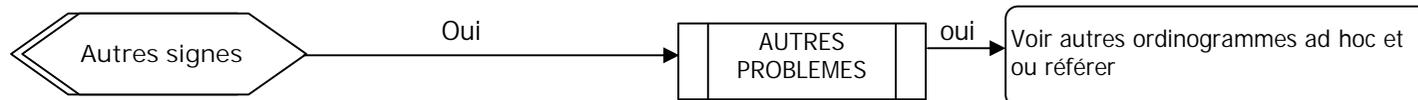


1.2.17. SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A (6-59mois)

1.2.17.1.



1.2.18. AUTRES PROBLEMES NON REPRIS

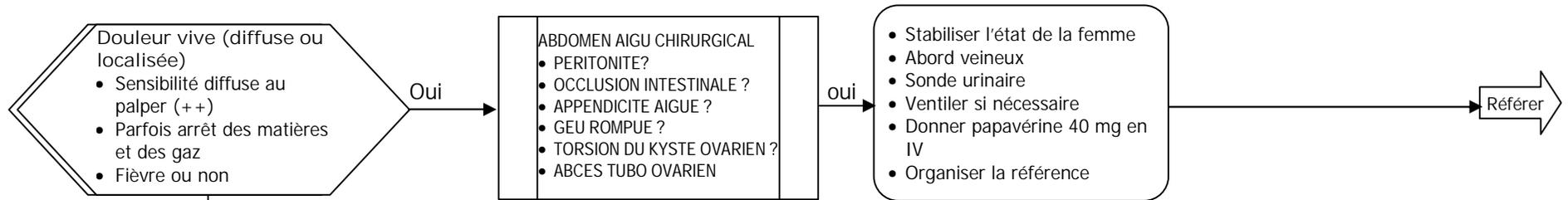


TITRE II : PLAINTES DE LA FEMME

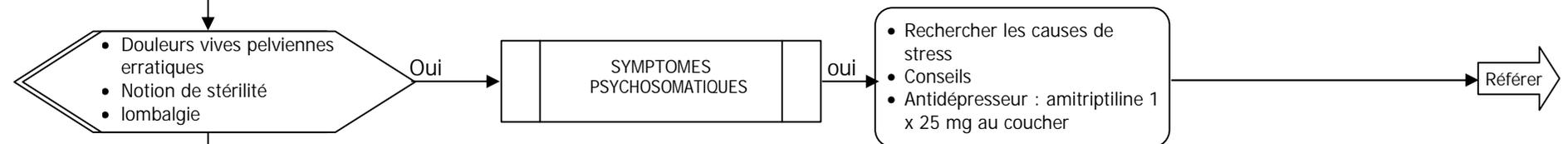
2.1. PLAINTES GENERALES DE LA FEMME (en dehors de la grossesse ou pendant la grossesse connue)

2.1.1. DOULEURS PELVIENNES SANS RETARD DE REGLES CONNU

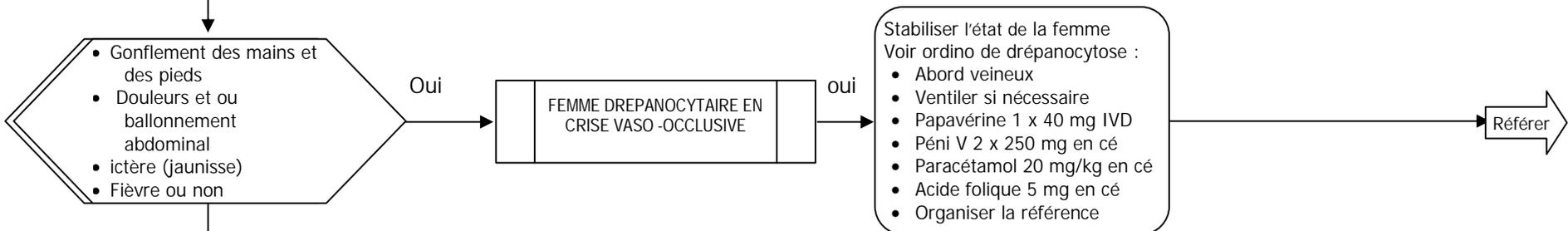
2.1.1.1. 2.1.1.1.

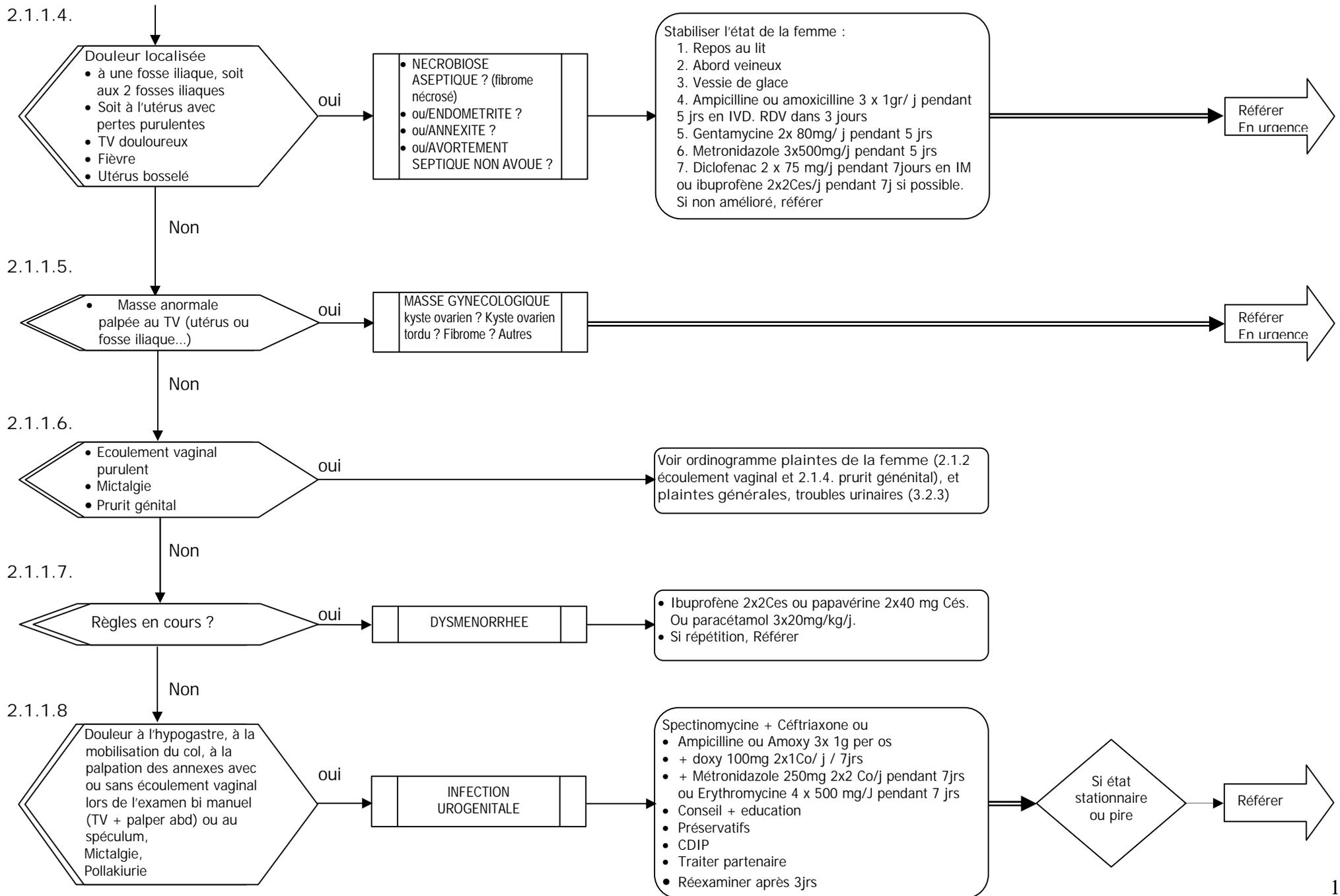


2.1.1.2.



2.1.1.3.





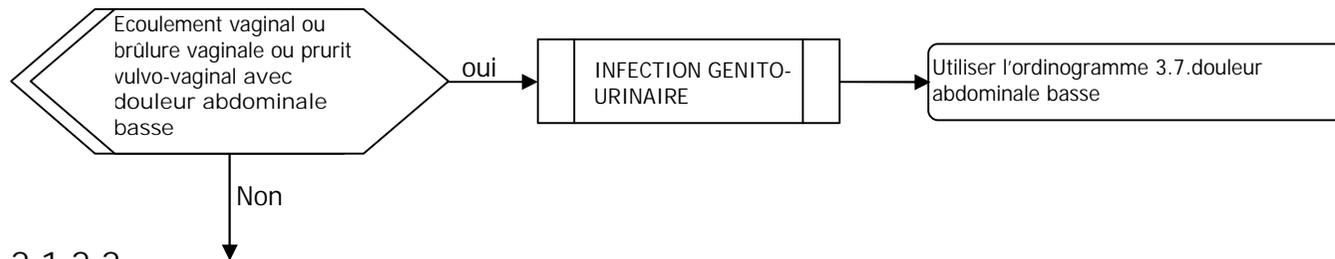
2.1.2. ECOULEMENT VAGINAL (Pertes vaginales)

DEFINITION : C'est une sécrétion vaginale anormale par la couleur, l'aspect, l'odeur et / ou l'abondance. Les écoulements vaginaux peuvent avoir soit une origine vaginale (vaginite), soit une origine cervicale (cervicite)

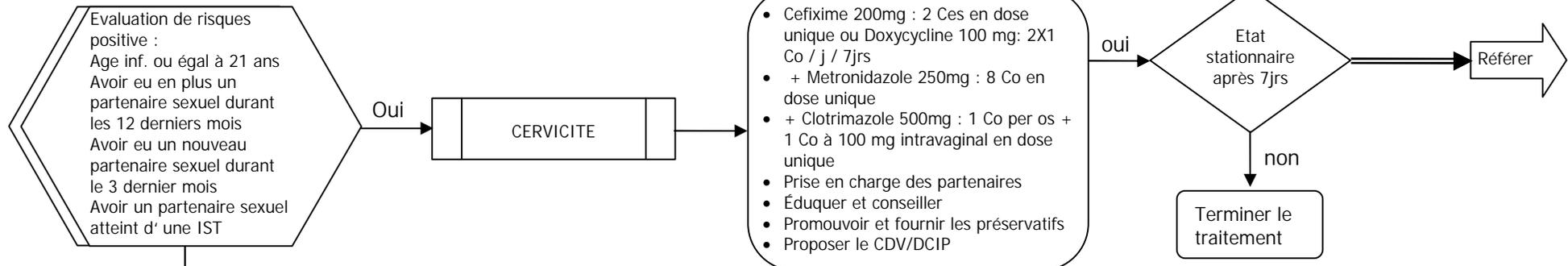
N.B : Deux démarches diagnostics : 1^{er} Anamnèse + Examen externe (inspection palpation), sans spéculum ni toucher vaginal. 2eme Anamnèses + Examen extrême + examen au spéculum + touche vaginal

A. Démarche basée sur l' anamnèse + Examen physique sans spéculum ni toucher vaginal

2.1.2.1.



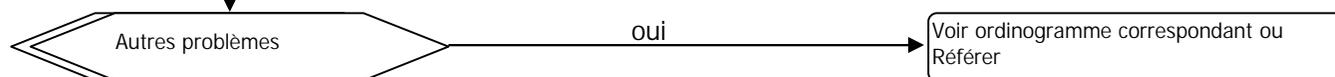
2.1.2.2.



2.1.2.3.

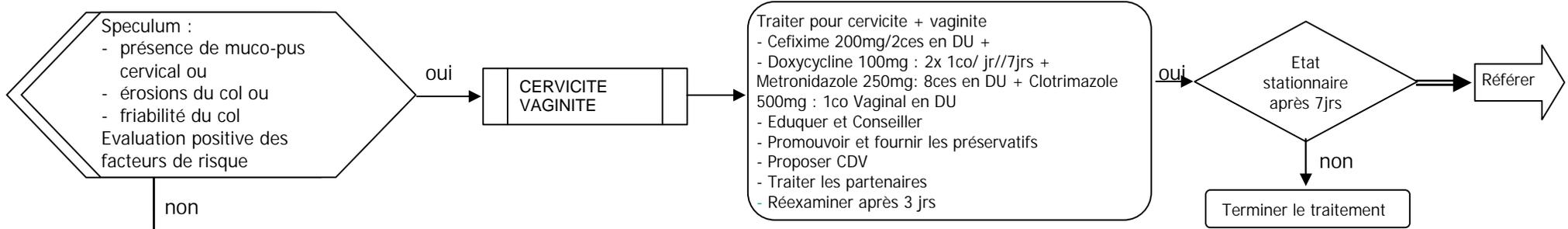


2.1.2.4.

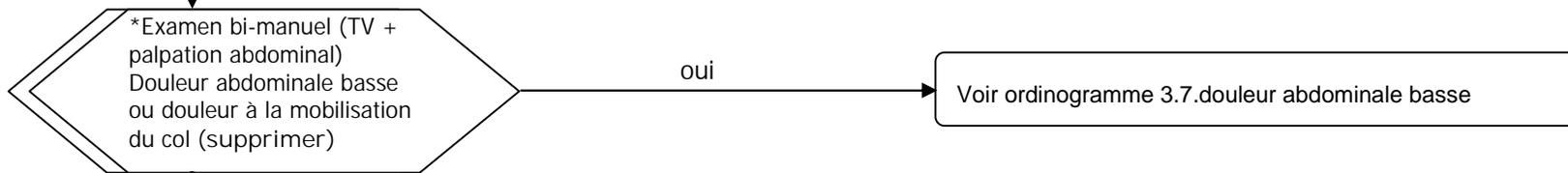


2^{ème} Approche basée sur l'anamnèse + Examen physique (Speculum + TV combiné à la palpation abdominale)

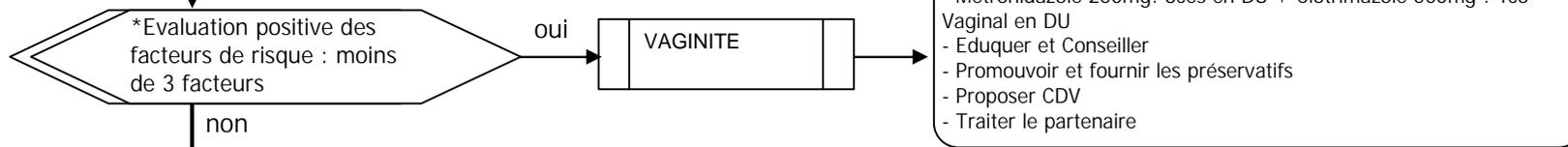
2.1.2.5.



2.1.2.6.



2.1.2.7.



2.1.2.8.

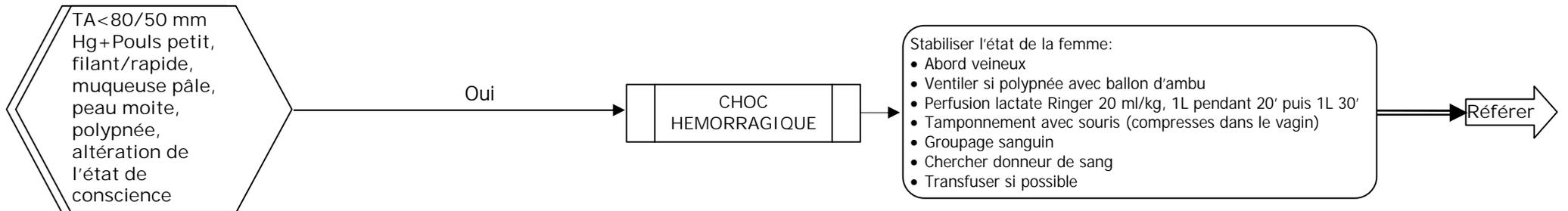


2.1.3. HEMORRAGIE GENITALE EN DEHORS D'UNE GROSSESSE CONNUE

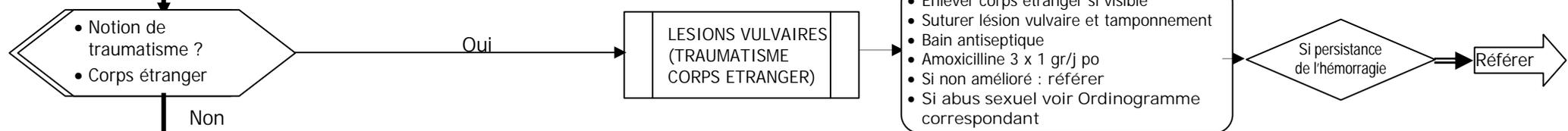
DEFINITION : Tout saignement anormal (différent des règles) extériorisé à la vulve. Si le saignement prolonge les règles : on parle de ménorragies. S'il n'a pas de rapport avec les règles, on parle de métrorragies.

N.B. Signes de danger : pâleur avec signes de choc

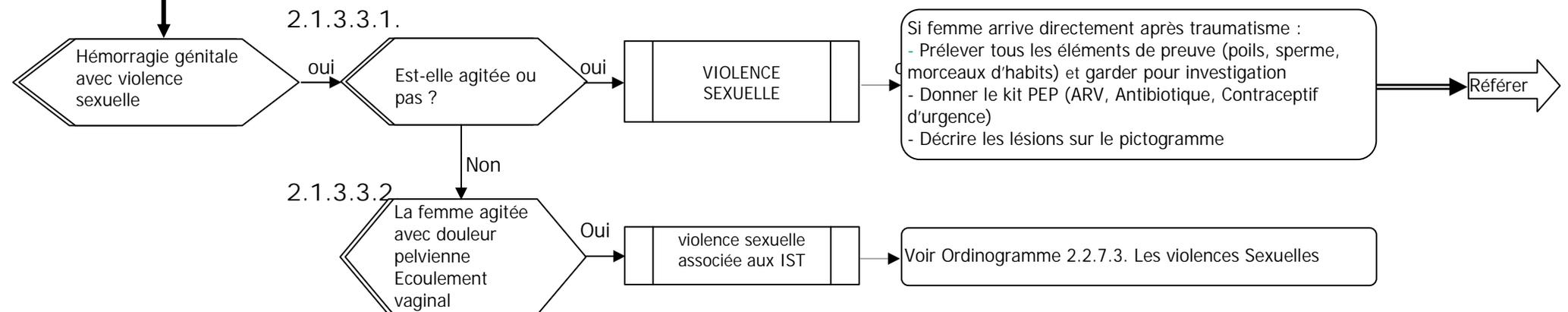
2.1.3.1.

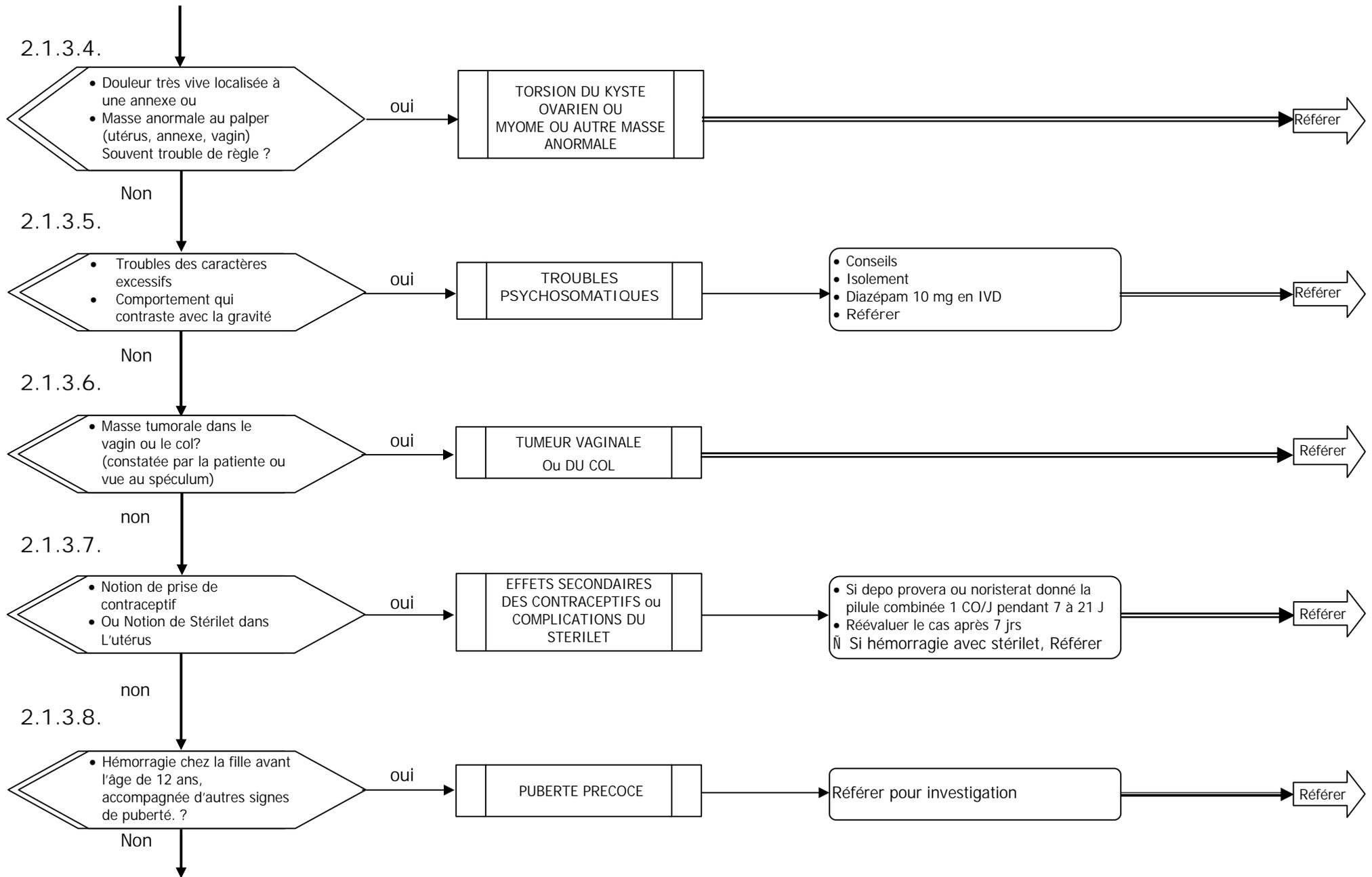


2.1.3.2.

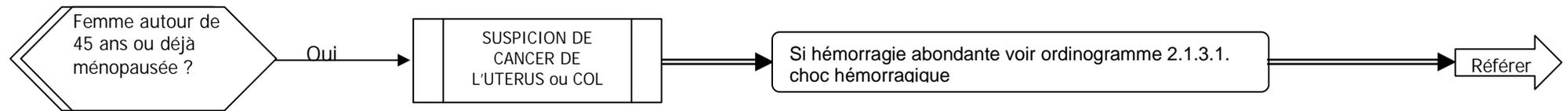


2.1.3.3.

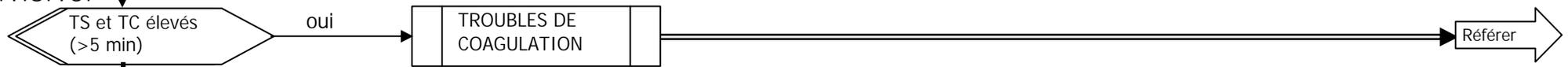




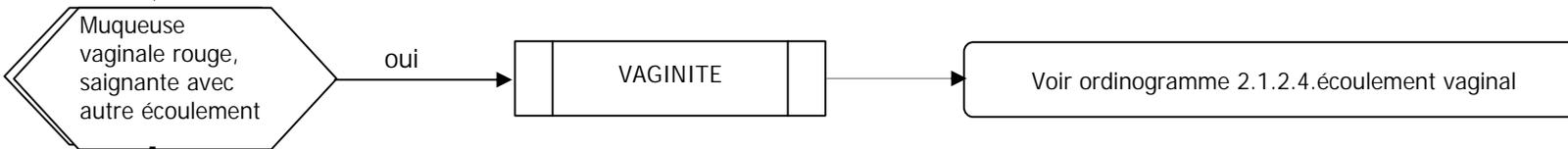
2.1.3.9.



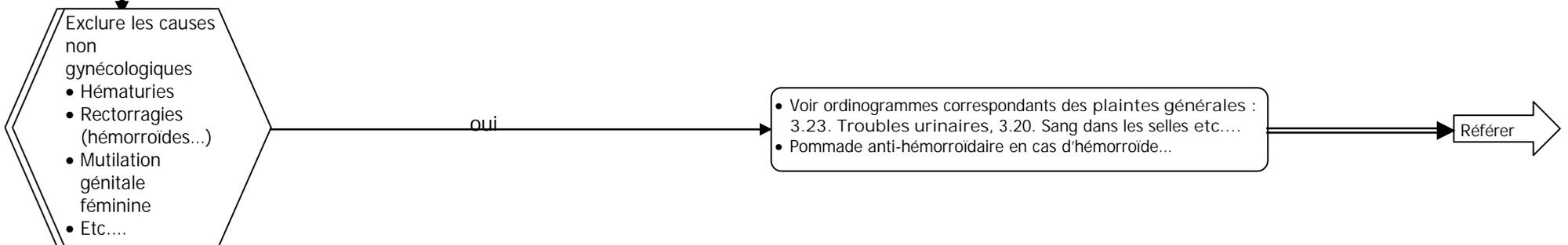
2.1.3.10.



2.1.3.11.



2.1.3.12.

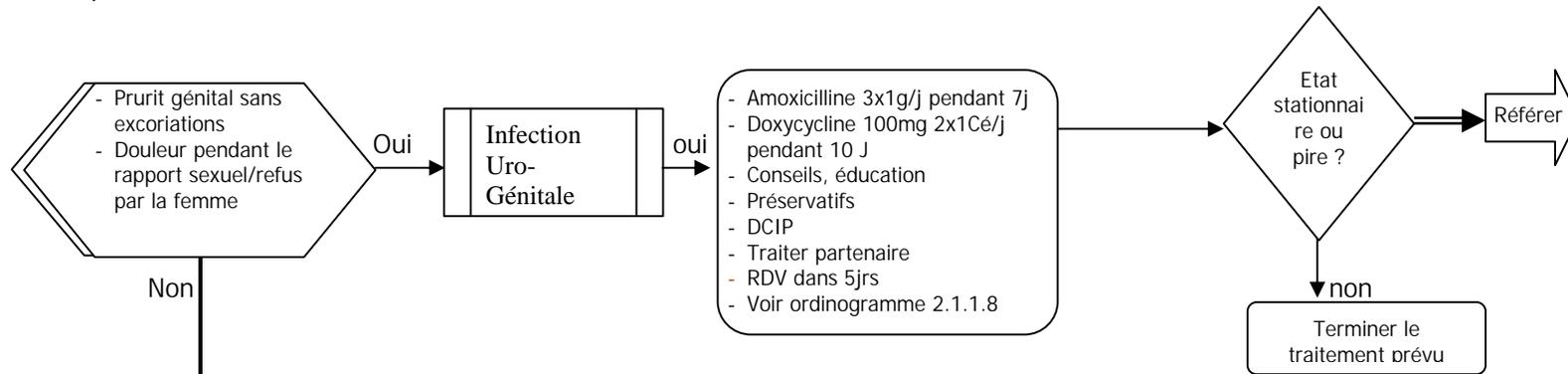


2.1.4. PRURIT GENITAL CHEZ LA FEMME (Prurit vulvo-vaginal)

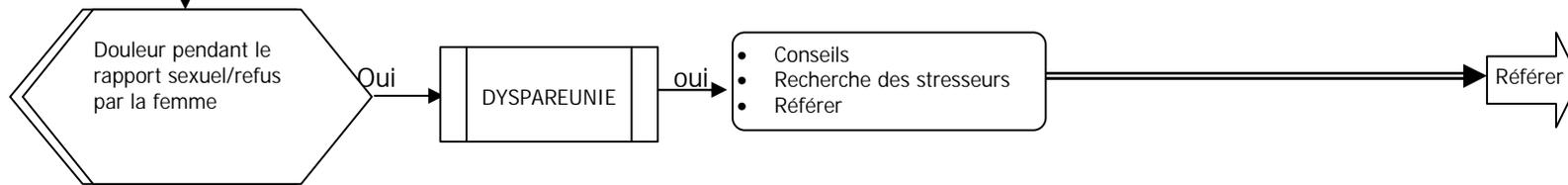
DEFINITION : C'est une sensation de démangeaison provoquée par une lésion locale ou symptomatique d'une maladie et dont la localisation est l'organe génital féminin.

N.B : Faire examen au spéculum, avec 2 frottis du col : un à frais, et un autre coloré au GRAM

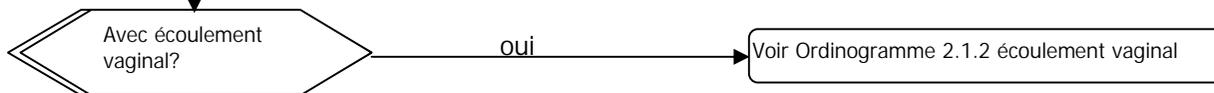
2.1.4.1.



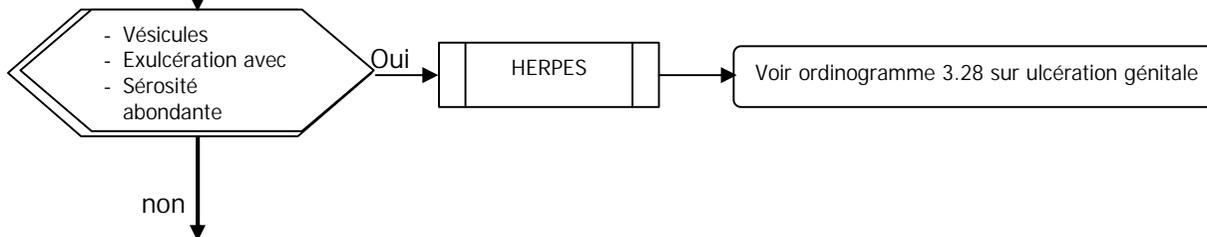
2.1.4.2.



2.1.4.3.



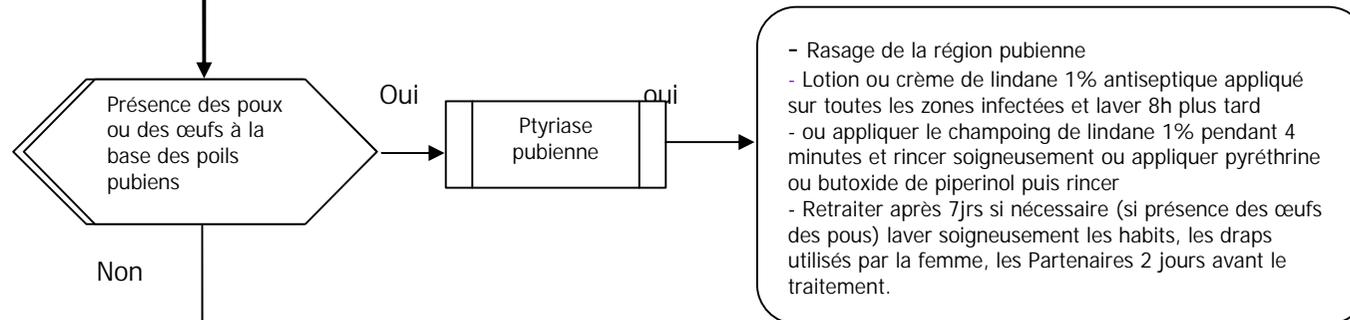
2.1.4.4.



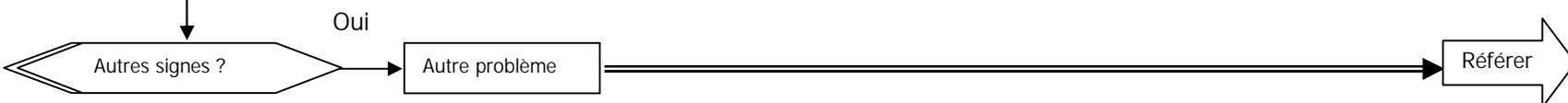
2.1.4.5.



2.1.4.6.



2.1.4.7.



N.B. Le lindane n'est pas recommandé chez les femmes enceintes ou allaitantes

2.2. PLAINTES SPECIFIQUES DE LA FEMME ENCEINTE

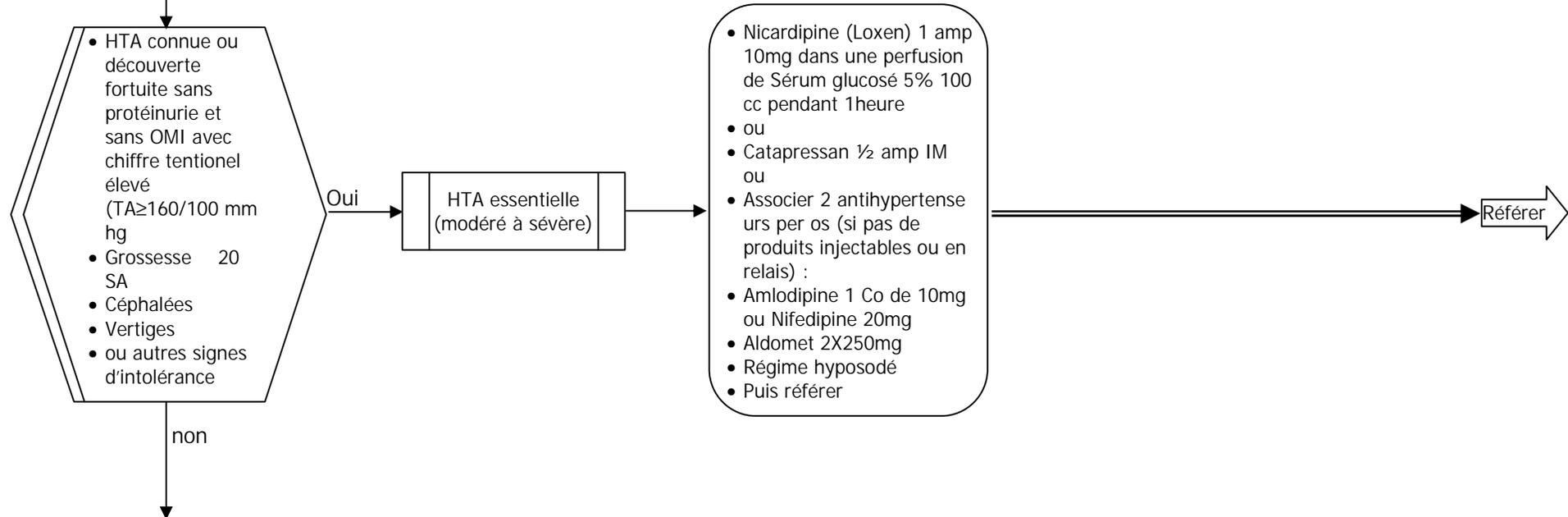
N.B. : Avant d'administrer un médicament à une femme enceinte, il est vivement conseillé de bien connaître les indications et contre-indications ainsi que les effets secondaires de ces médicaments.

2.2.1. CEPHALEES ET VERTIGES CHEZ LA FEMME ENCEINTE

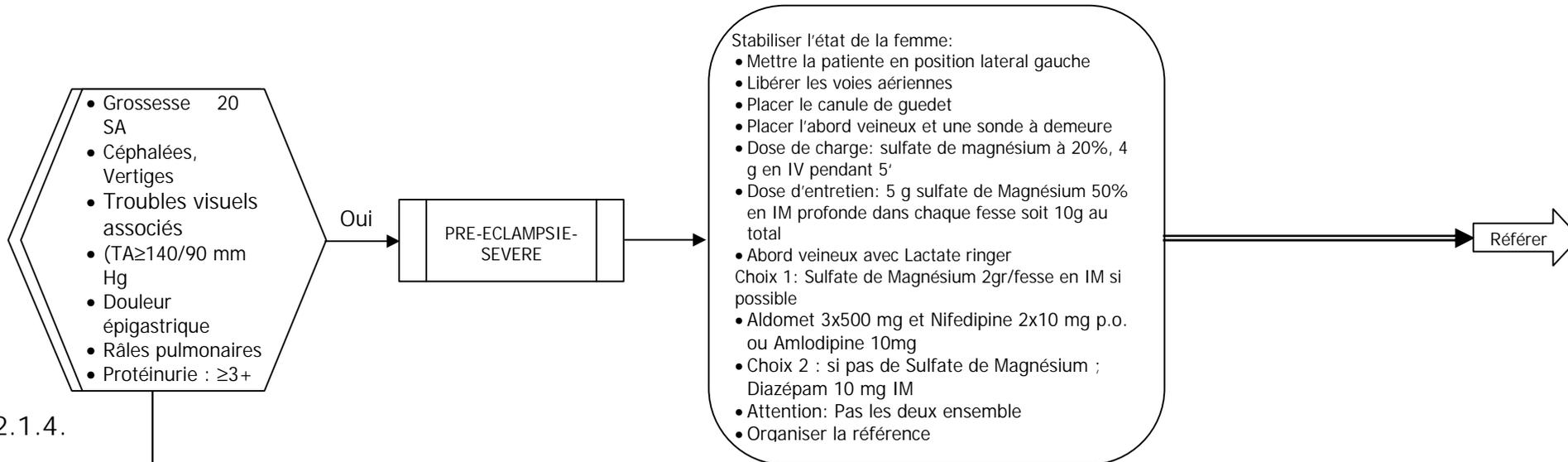
2.2.1.1.



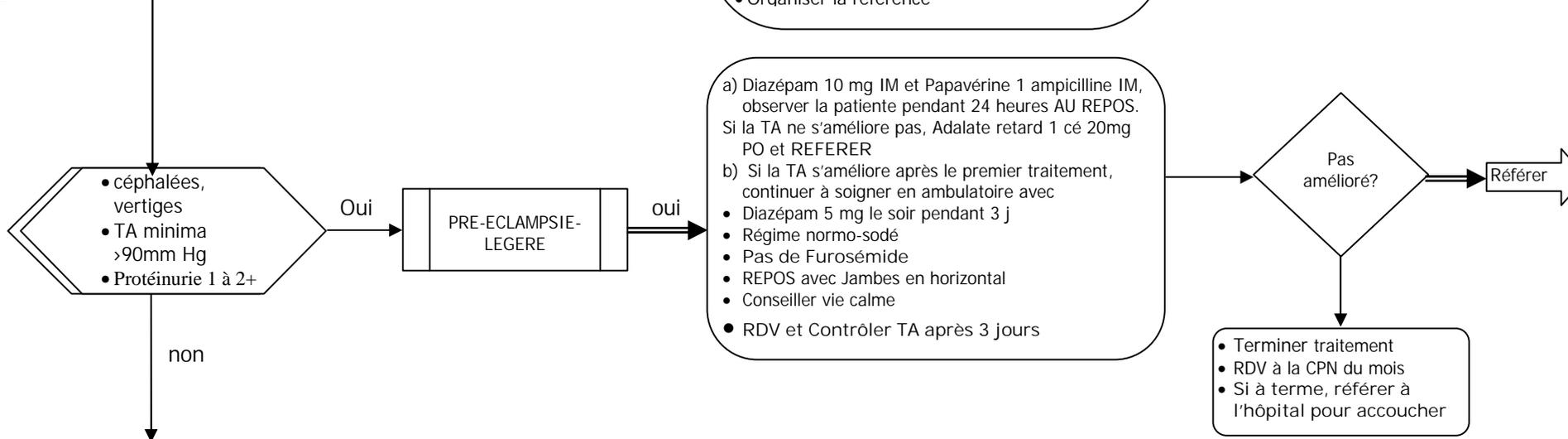
2.2.1.2.



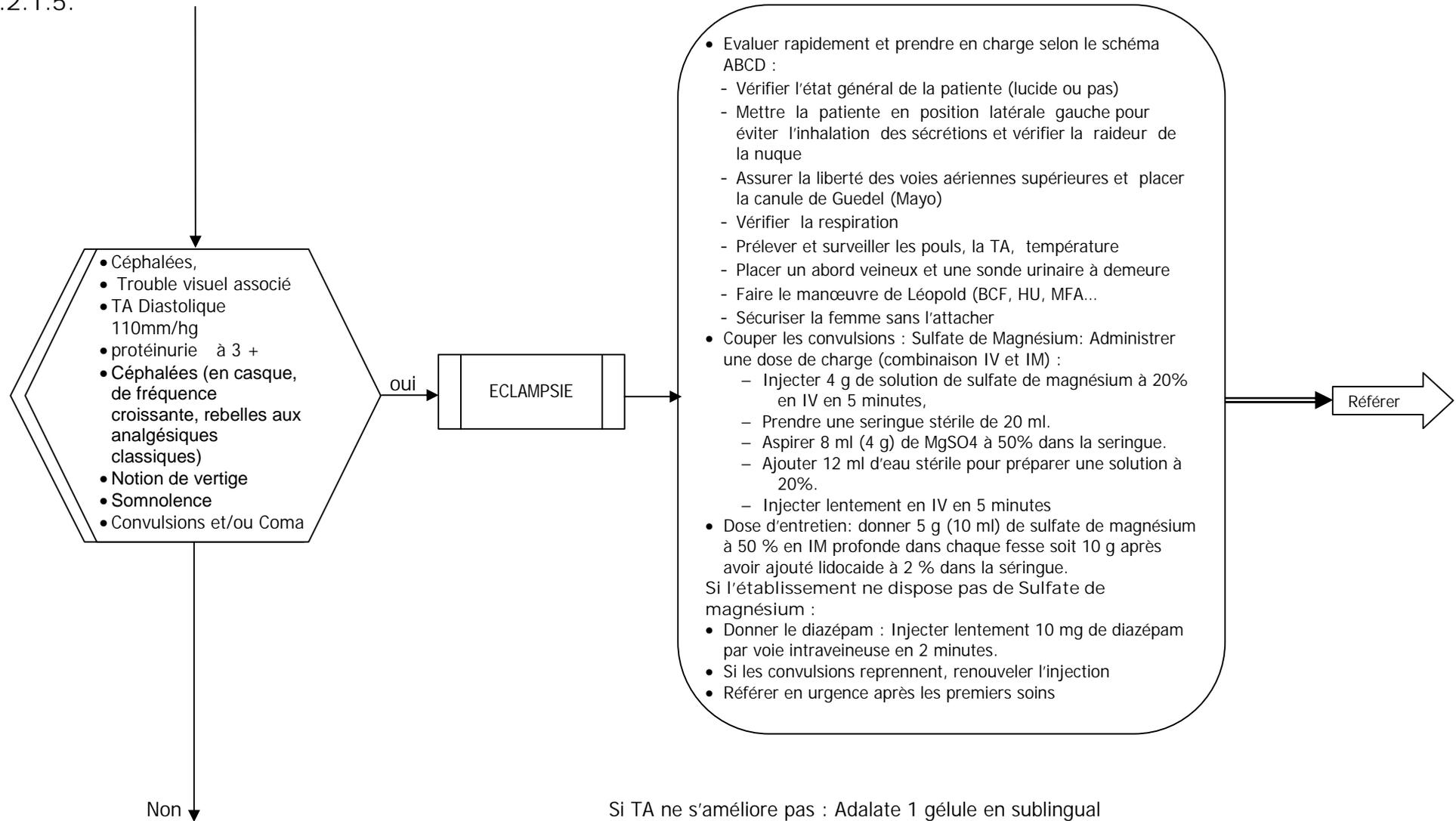
2.2.1.3.



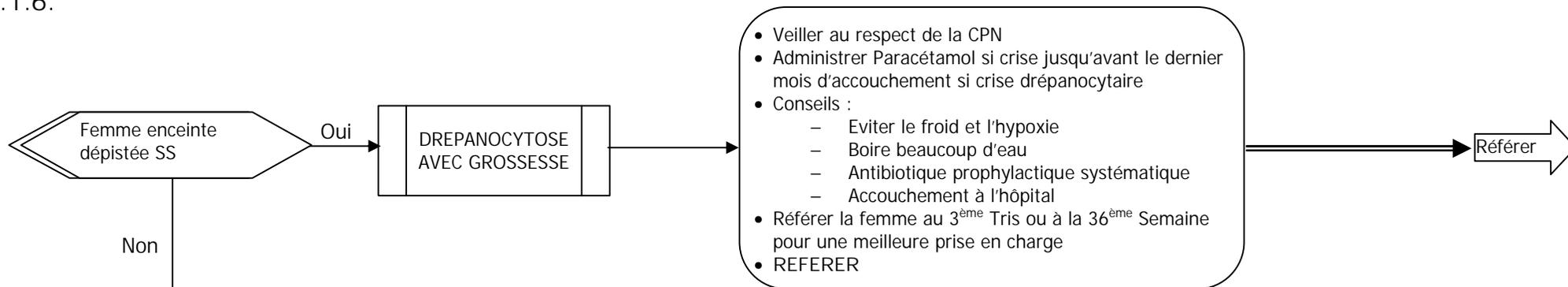
2.2.1.4.



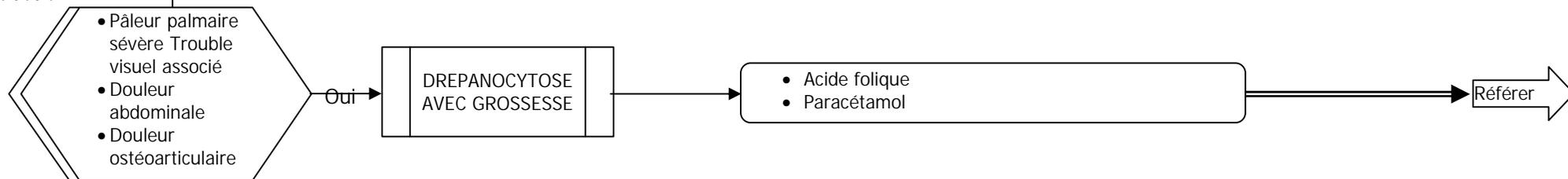
2.2.1.5.



2.2.1.6.



2.2.1.7.



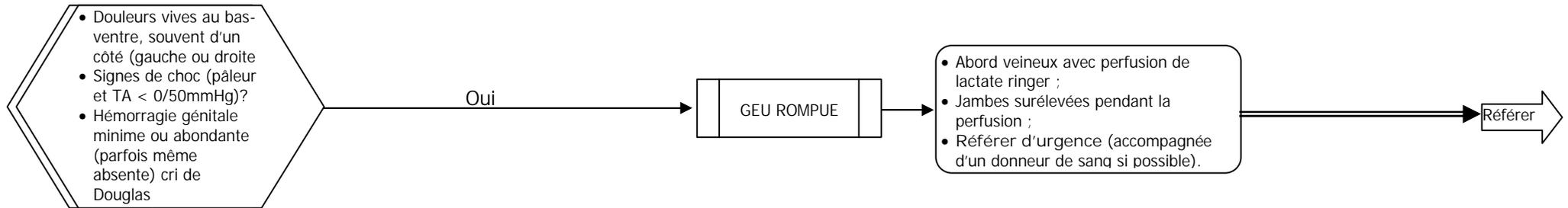
2.2.1.8.



2.2.2. DOULEURS PELVIENNES AVEC NOTION DE RETARD DE REGLES

REMARQUE : Si retard de règles, faire un palper doux, de peur de rompre une GEU probable.

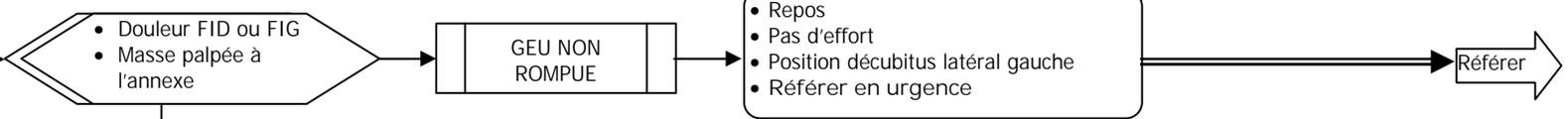
2.2.2.1.



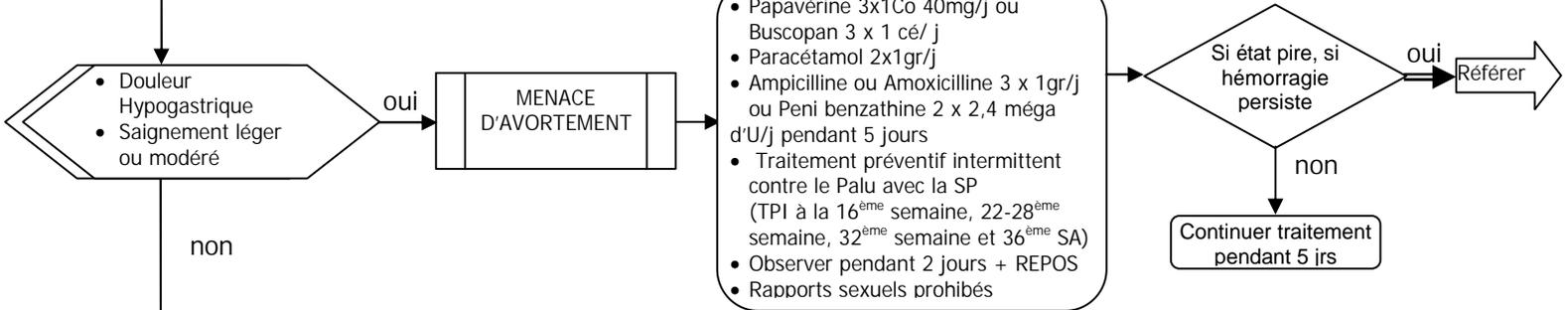
2.2.2.2.



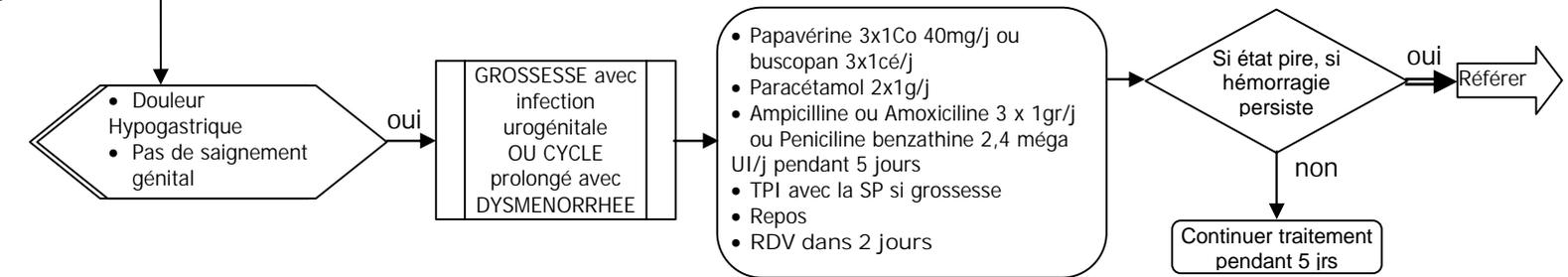
2.2.2.2.1.1.



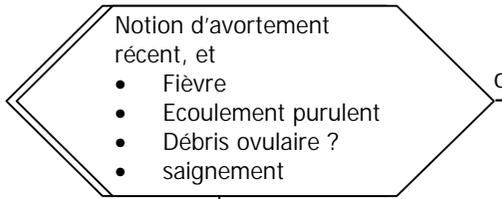
2.2.2.2.2.



2.2.2.2.3.



2.2.2.3.



oui



- Ampicilline/Amoxicilline 3X1g/jr en IVD pendant 7-10jrs
- Gentamicine 2x80 mg IM pendant 5 jours
- VAT/SAT (1500 à 3000 UI) (seringues et sites séparés)
- Métronidazole 3X500mg/jrs // 7à 10jrs (broyer les Co de préférence)
- Ocytocine 2X1 amp. IM si utérus vide

Etat pire ?

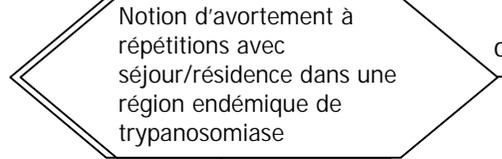
oui



Continuer et terminer traitement

non

2.2.2.4.



oui

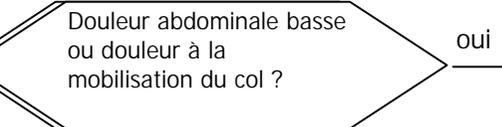


- Voir ordinogramme 2.2.1.
Trypanosome (+) dans un des examens de labo suivants :
- Suc ganglionnaire
 - Sang frais
 - Goutte épaisse
 - TDR THA
 - CATT

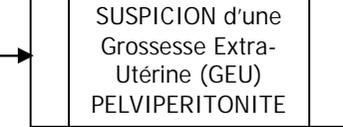


non

2.2.2.5.



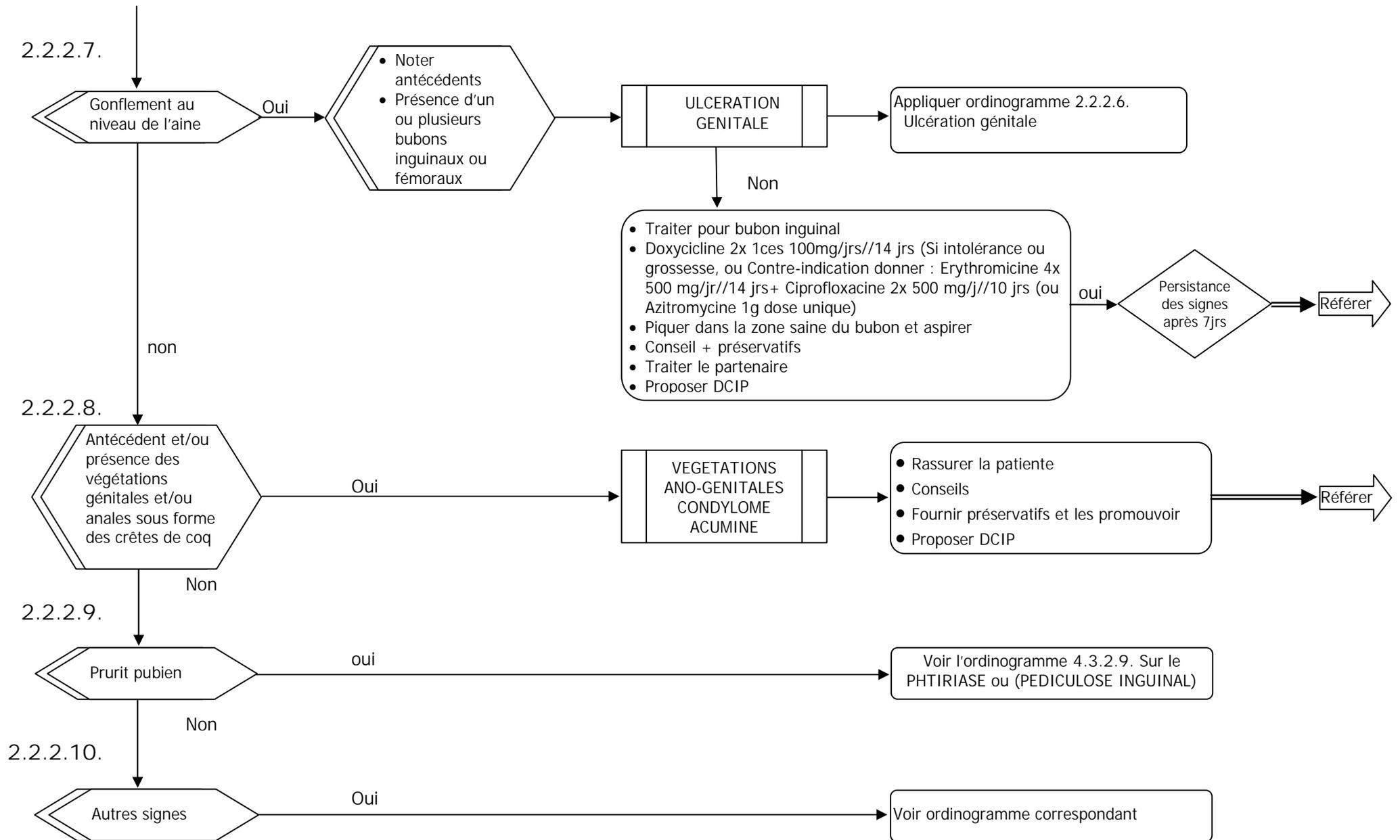
oui



- Abord veineux
 - Lactate ringer
- Voir ordinogramme 2.2.2.1 et/ou péritonite

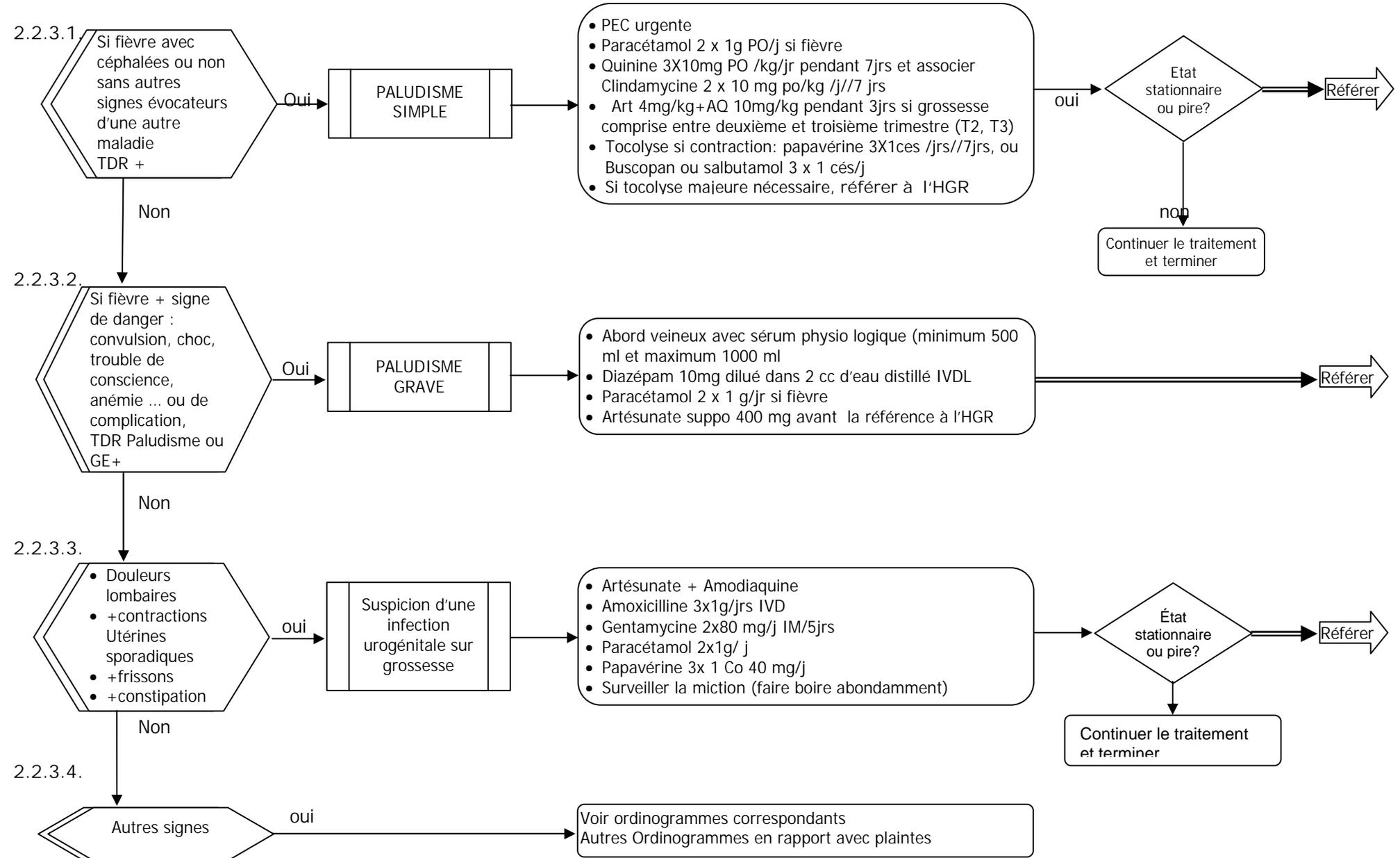


non



2.2.3. FIEVRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

RECHERCHER : Paludisme, trypanosomiase, TBC, VIH/SIDA, pyélonéphrite gravidique et autres infections



2.2.4. HEMORRAGIE PENDANT LA GROSSESSE

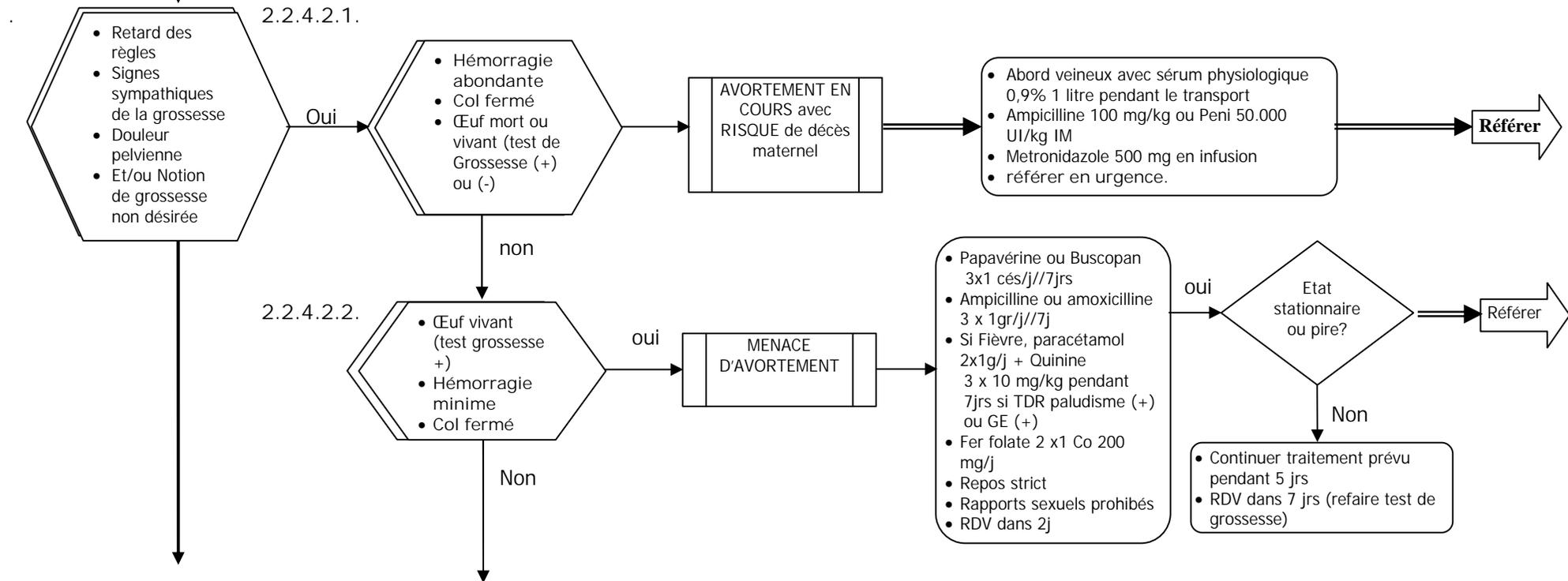
DEFINITION : Perte de sang par le vagin chez une femme présumée enceinte.

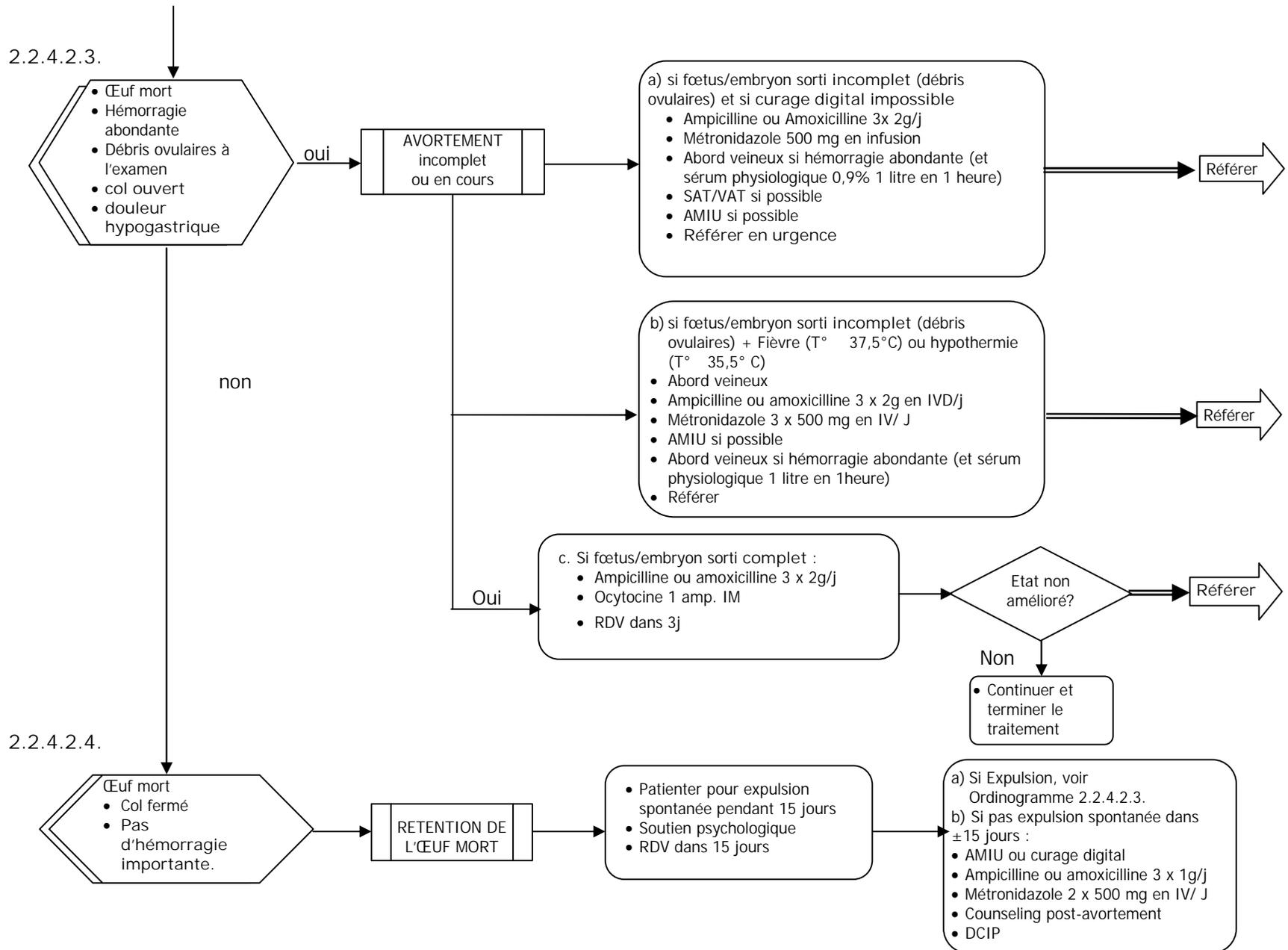
A. Hémorragie du 1er trimestre et 2ème trimestre

2.2.4.1.

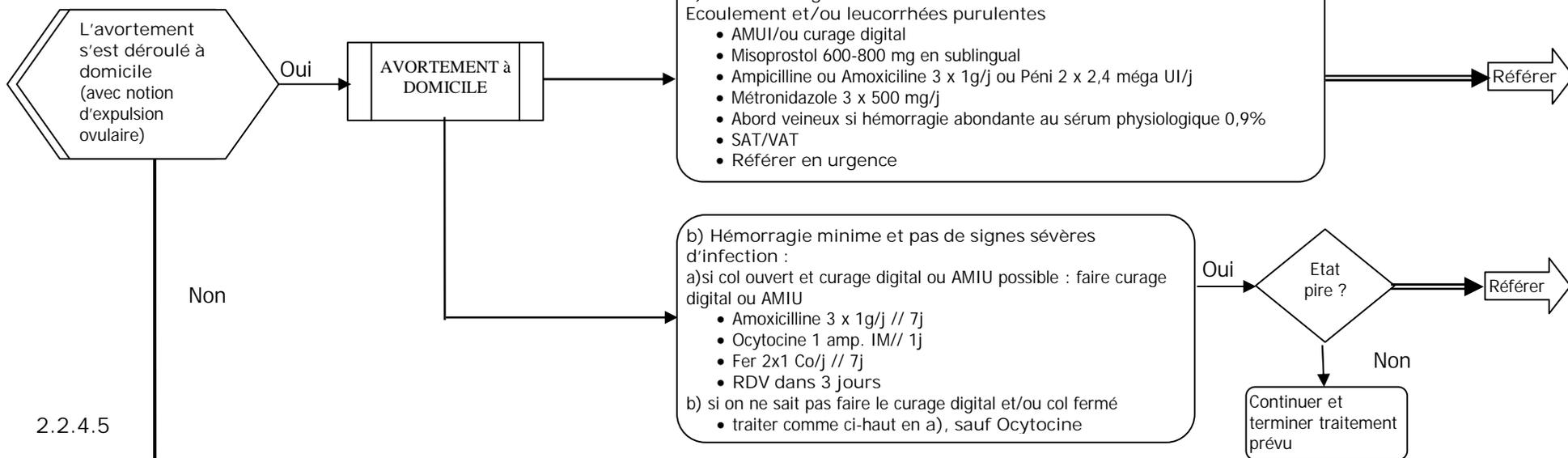


2.2.4.2.

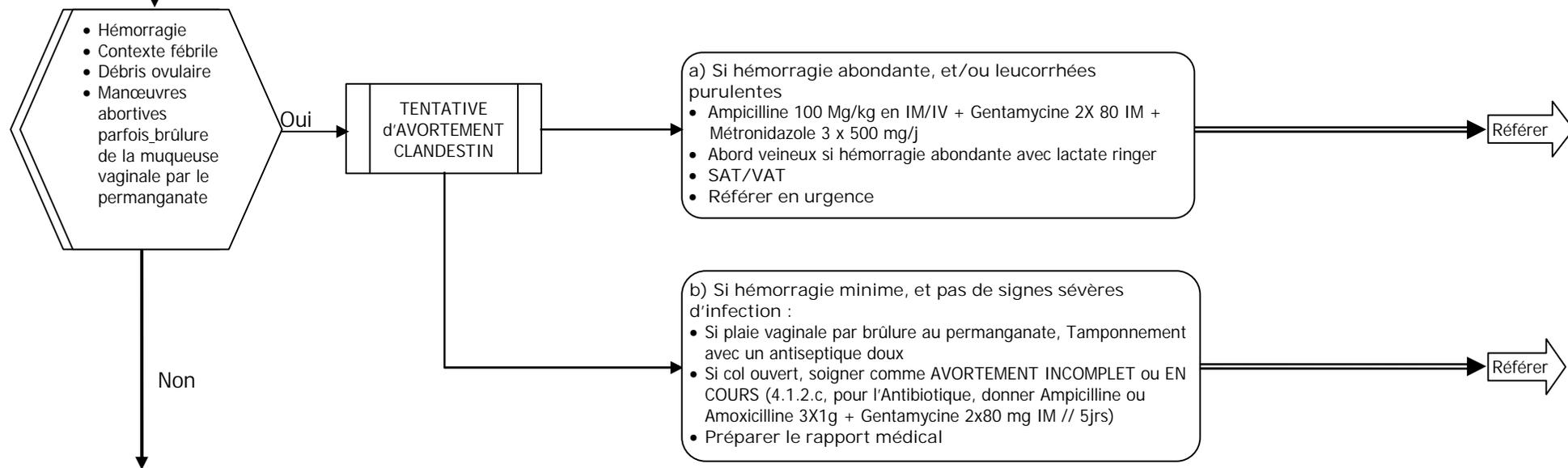


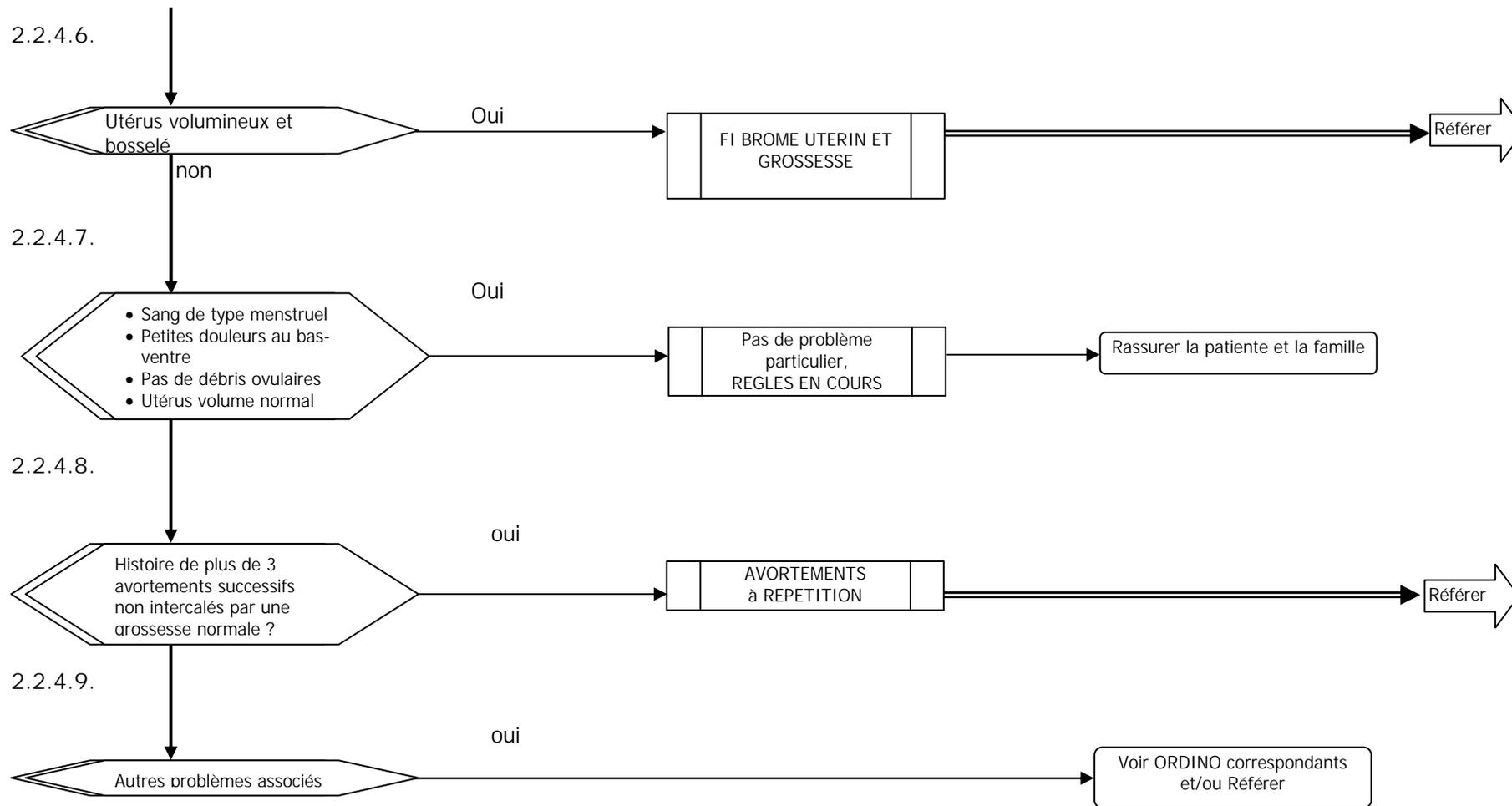


2.2.4.4.



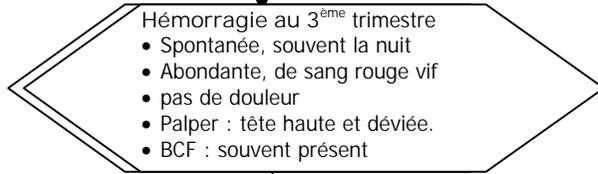
2.2.4.5



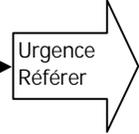
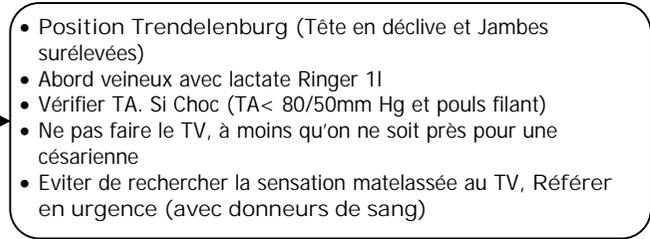
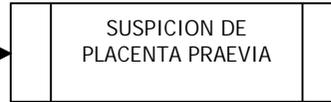


B. Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse

2.2.4.10.

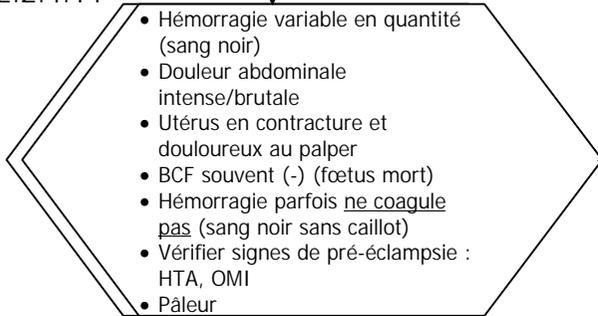


Oui

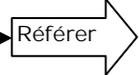
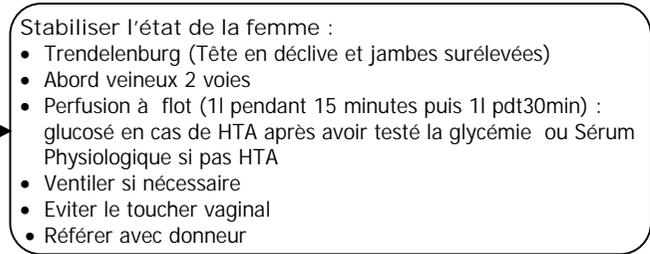
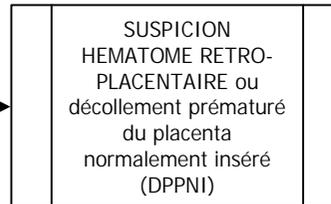


Non

2.2.4.11

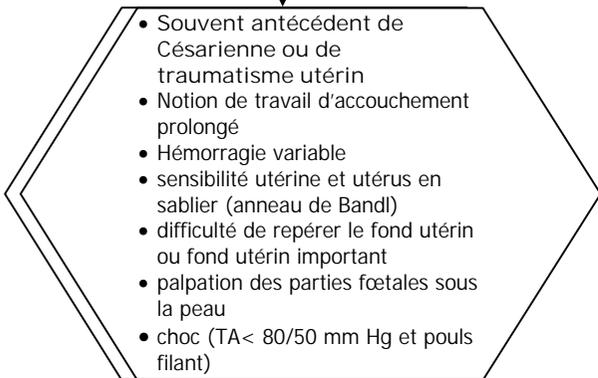


Oui



Non

2.2.4.12.

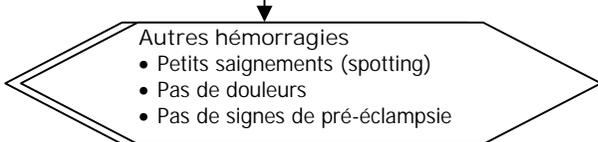


Oui

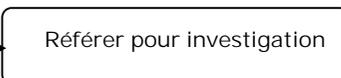


Non

2.2.4.13.

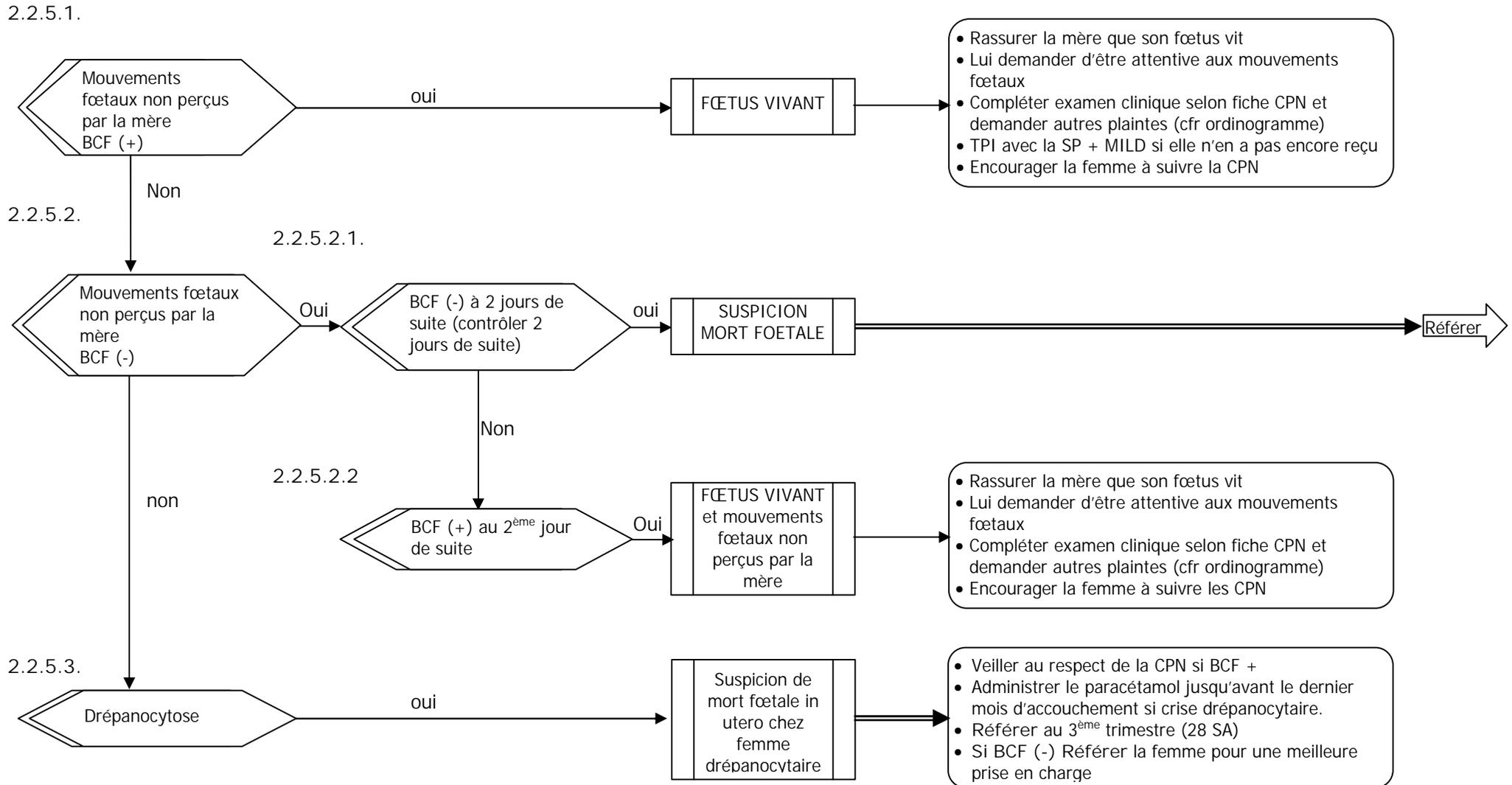


Oui



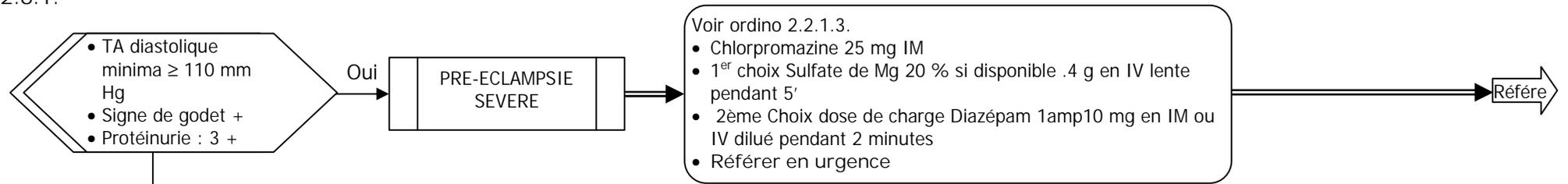
2.2.5. MOUVEMENTS FŒTAUX ABSENTS OU NON RESSENTIS

DEFINITION : Au-delà de 5 mois de grossesse, la femme enceinte ne sent pas les mouvements de son fœtus. Soit elle ne les sent plus alors qu'elle les sentait bien auparavant.

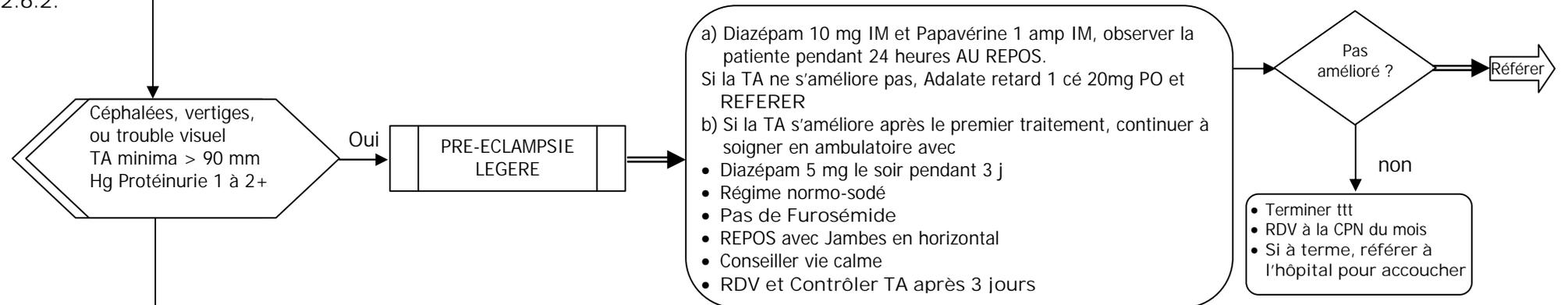


2.2.6. ŒDEMES DES MEMBRES INFERIEURS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

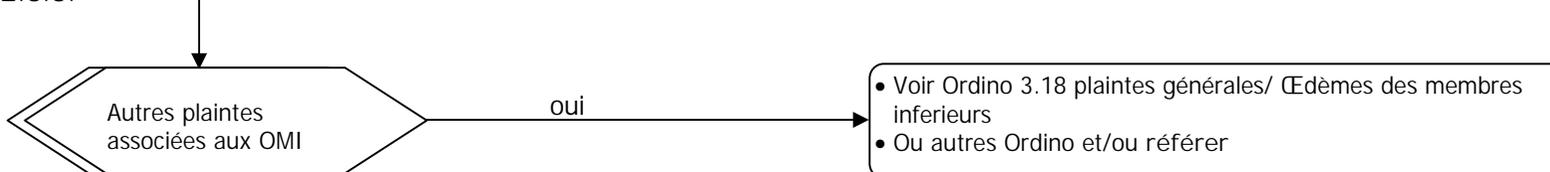
2.2.6.1.



2.2.6.2.

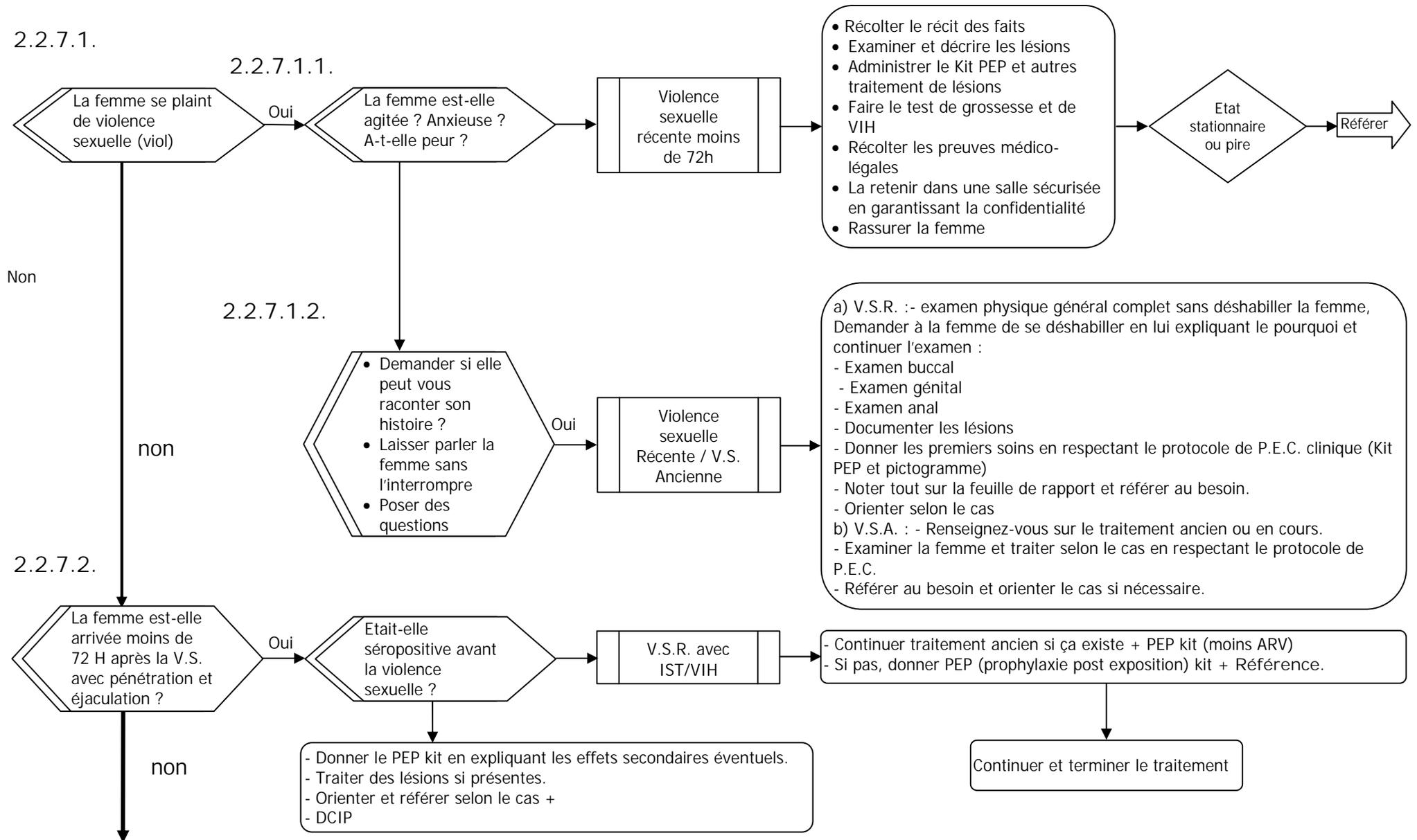


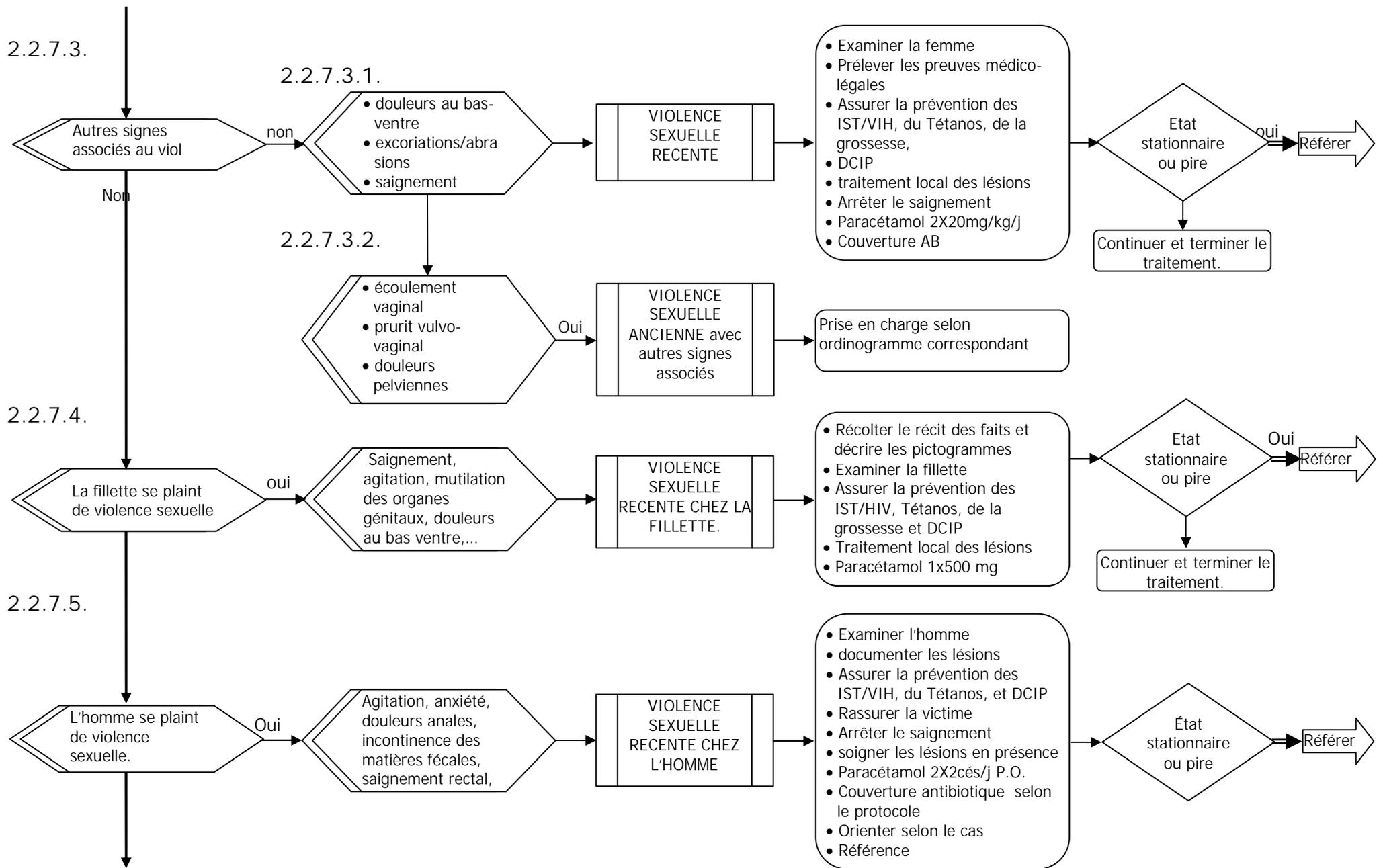
2.2.6.3.



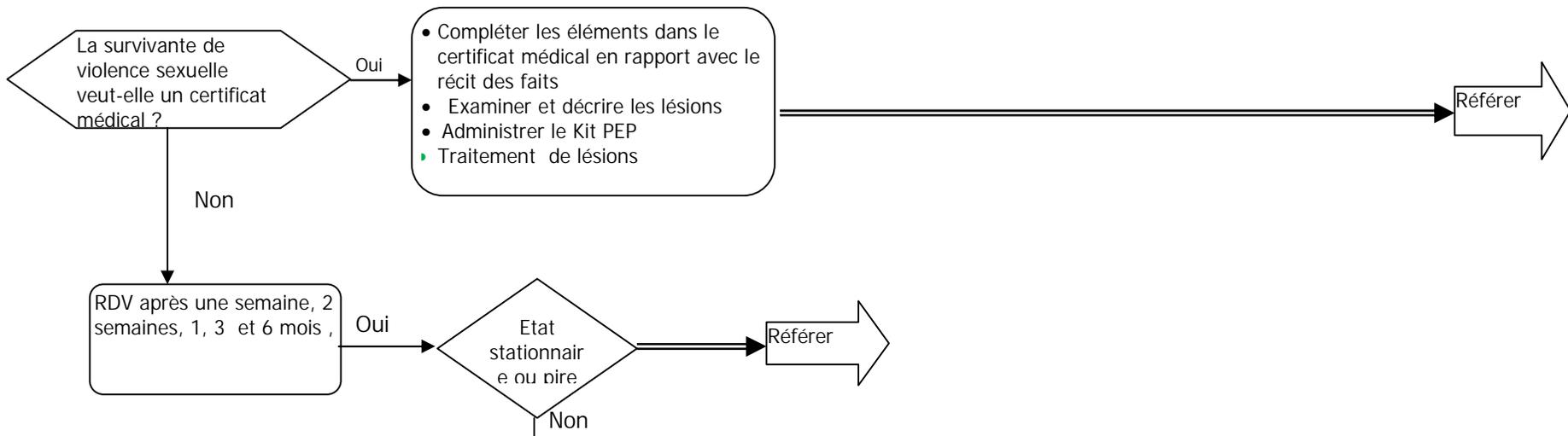
2.2.7. PLAINTE D'UNE VIOLENCE SEXUELLE

2.2.7.1.

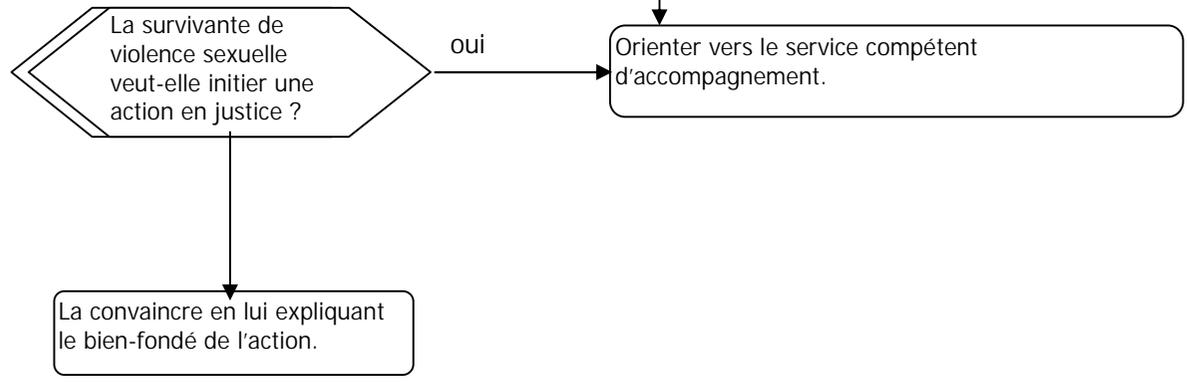




2.2.7.6.



2.2.7.7.

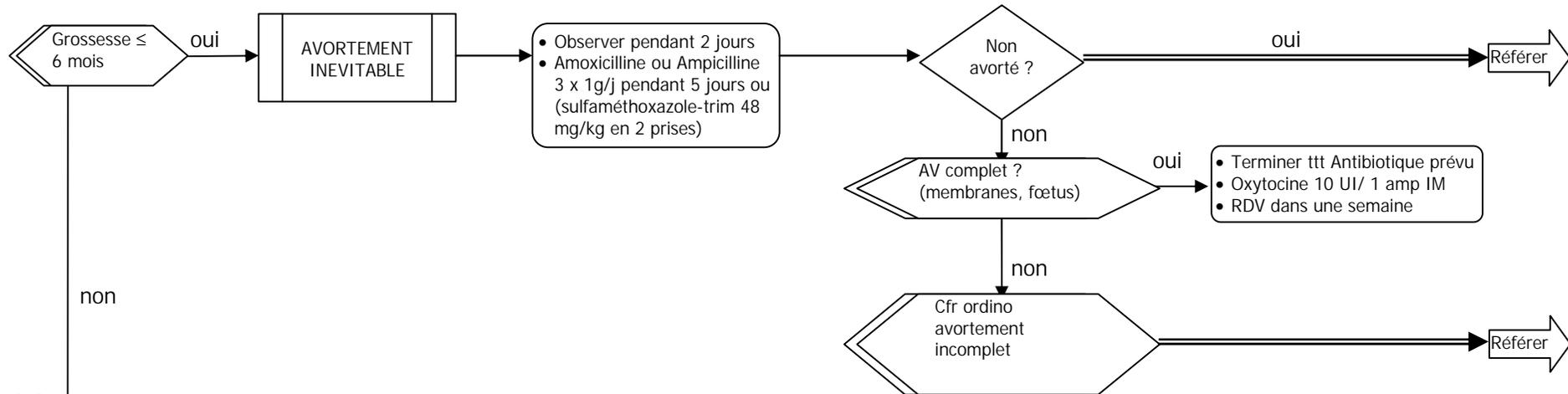


2.2.8. LES HYDRORRHEES (PERTES DES EAUX CHEZ LA FEMME ENCEINTE)

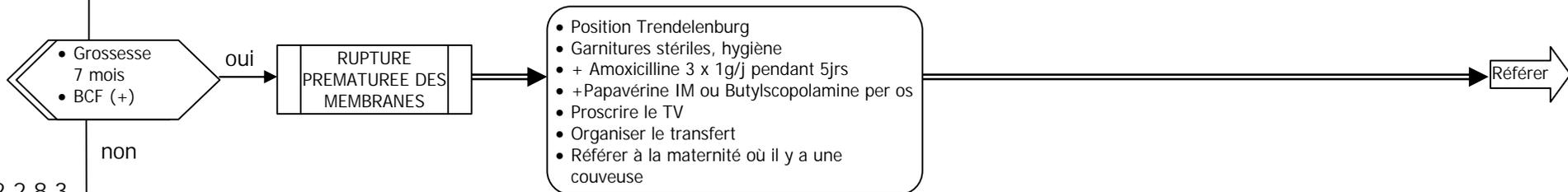
DEFINITION : Ecoulement des liquides par les voies génitales pendant la grossesse suite à la rupture des membranes

Remarque ; à ne pas confondre avec écoulement vaginal.

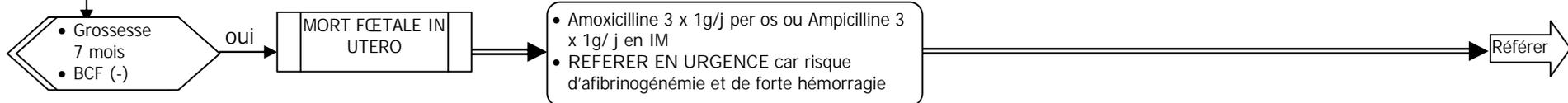
2.2.8.1.



2.2.8.2.



2.2.8.3.



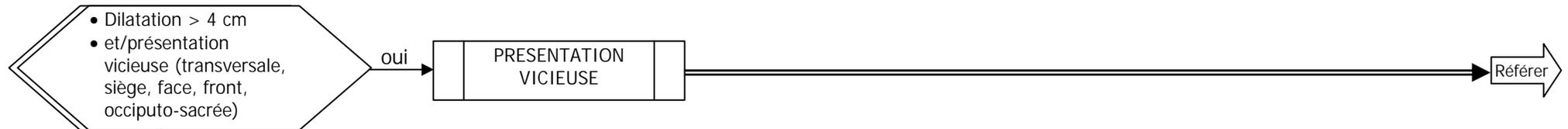
2.2.9. TRAVAIL PROLONGE

DEFINITION :

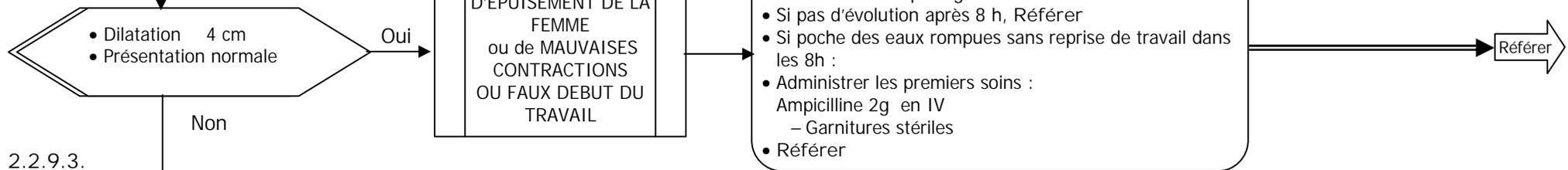
- A partir de 4 cm de dilatation, la multipare prend 6 heures et la primipare 10 heures sans évolution sensible du travail.
- Soit qu'il y a des fortes contractions avec une dilatation stationnaire.

REMARQUE : Etablir le partogramme seulement quand on est sûr qu'il s'agit des contractions de travail (à partir d'une dilatation de 4 cm).
Bien remplir le partogramme.

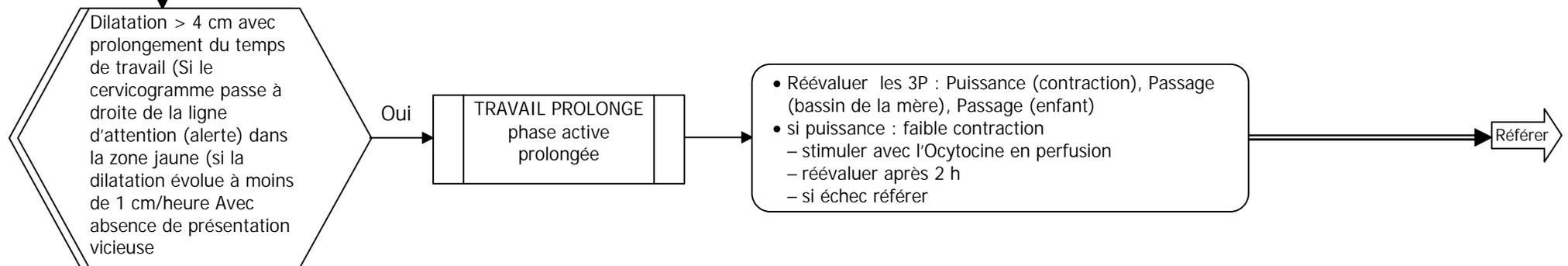
2.2.9.1.



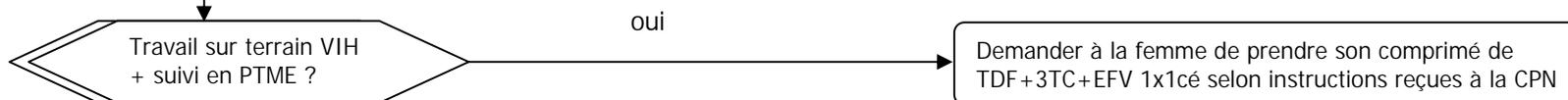
2.2.9.2.



2.2.9.3.

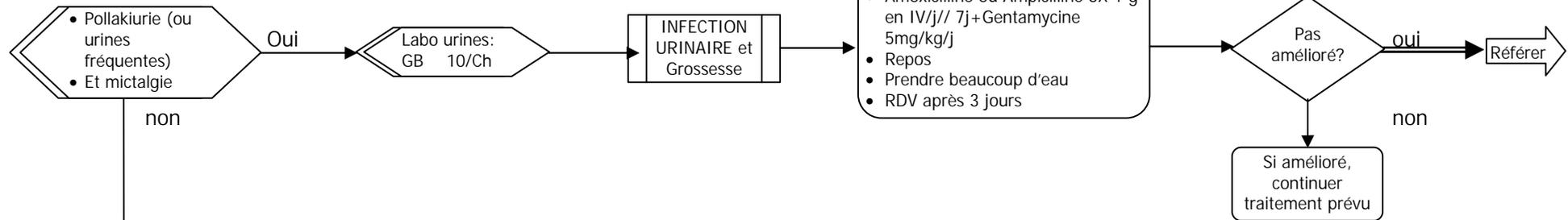


2.2.9.4.

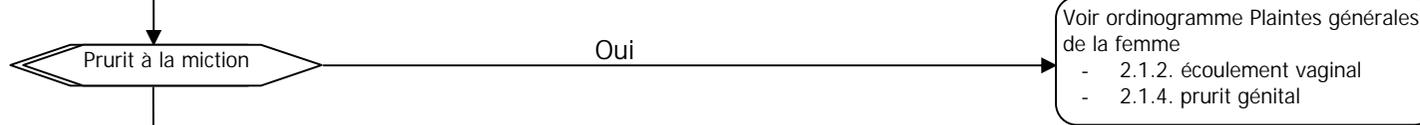


2.2.10. TROUBLES URINAIRES CHEZ LA FEMME ENCEINTE

2.2.10.1.

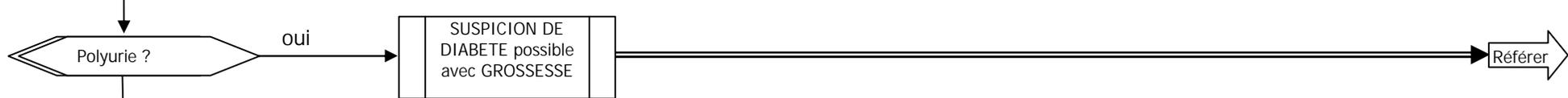


2.2.10.2.



non

2.2.10.3.



2.2.10.4.



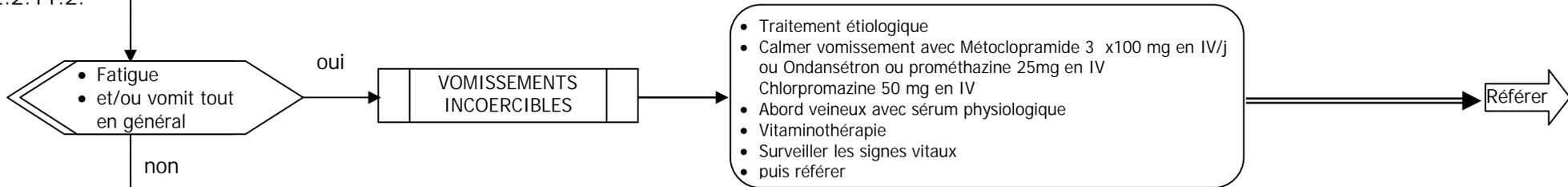
2.2.11. VOMISSEMENTS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Définition : rejet brusque du contenu de l'estomac.

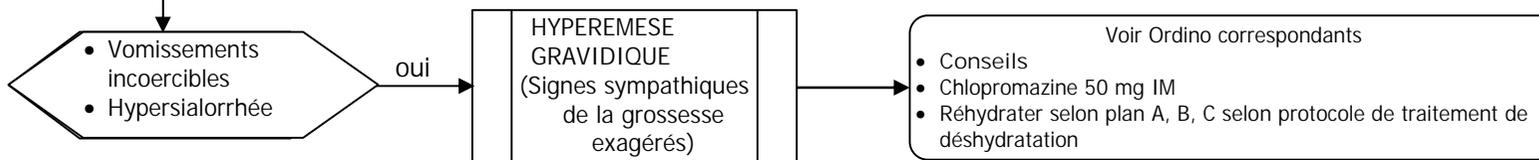
2.2.11.1.



2.2.11.2.



2.2.11.3

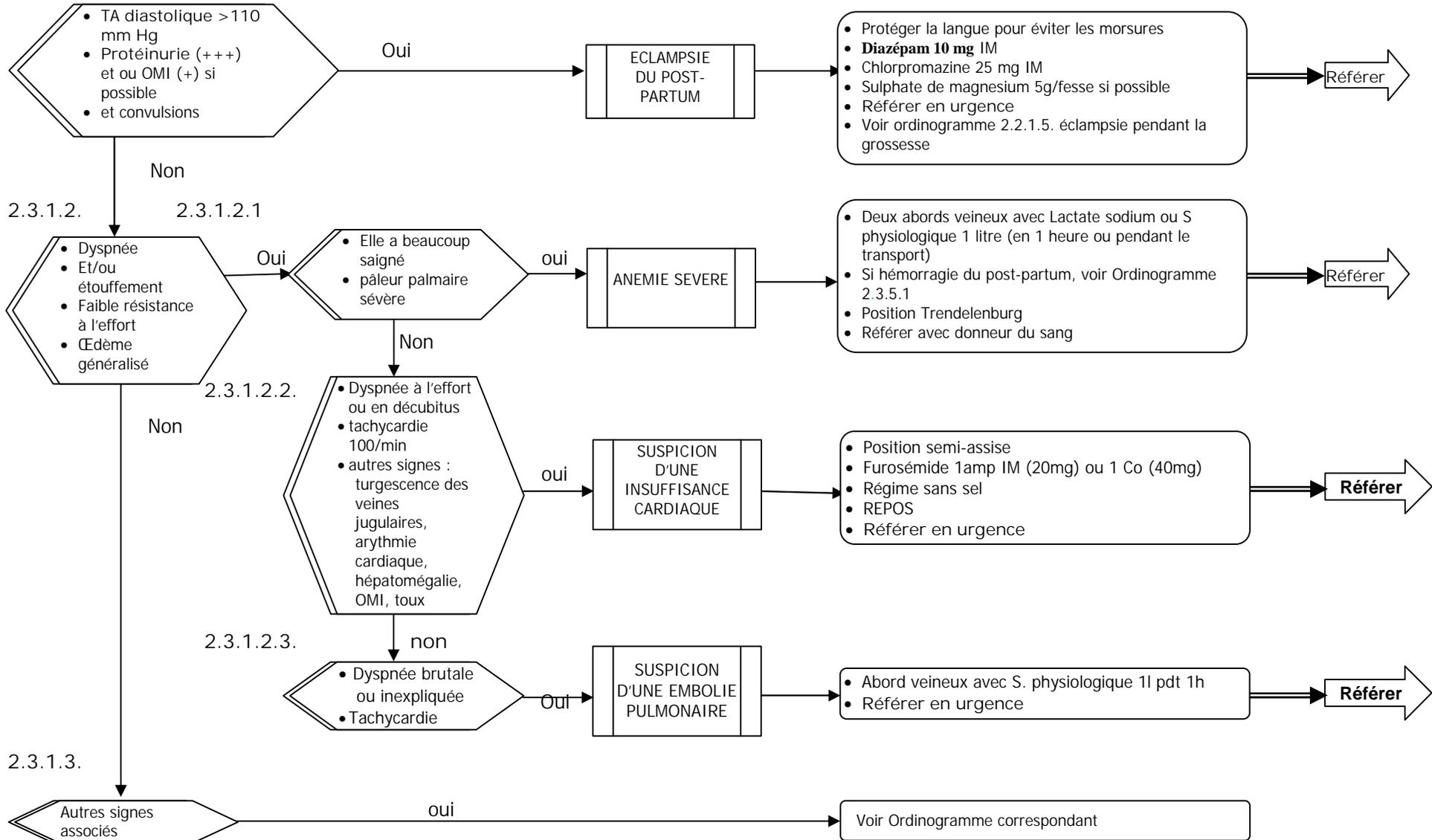


EVALUER	PLAN A	PLAN B	PLAN C
SOIF	normal	assoiffé	Incapable de boire
PLI CUTANE	S'efface rapidement	S'efface lentement	S'efface très lentement (plus de 2 secondes)
YEUX	normaux	enfoncés	Très enfoncés et secs
ETAT GENERAL	éveillé	irritable	Abattu ou inconscient
CLASSER	DESHYDRATATION LEGERE	DESHYDRATATION MODEREE	DESHYDRATATION SEVERE

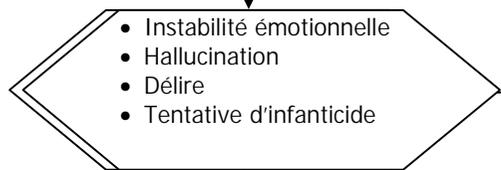
2.3. PLAINTES DU POST-PARTUM

2.3.1. Agitations chez la mère en post-partum

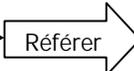
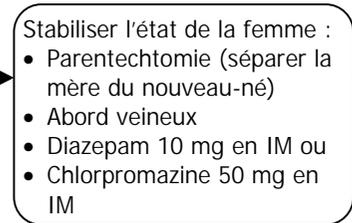
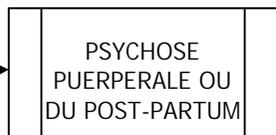
2.3.1.1.



2.3.1.4



Oui



non

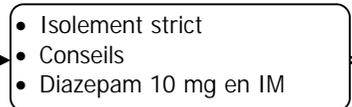
2.3.1.5



Oui



oui



non

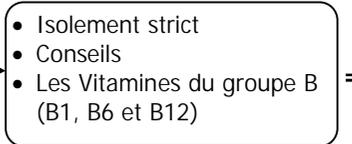
2.3.1.6



Oui



oui

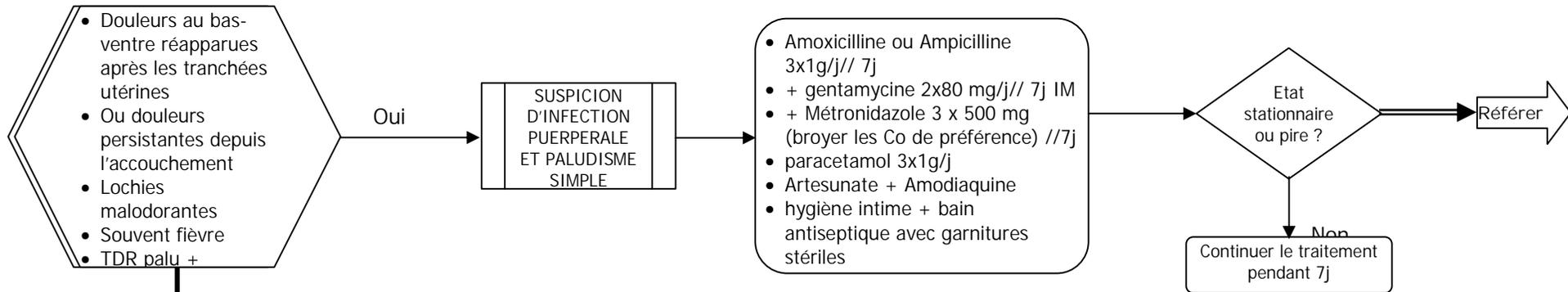


2.3.2. DOULEURS AU BAS-VENTRE EN POST-PARTUM

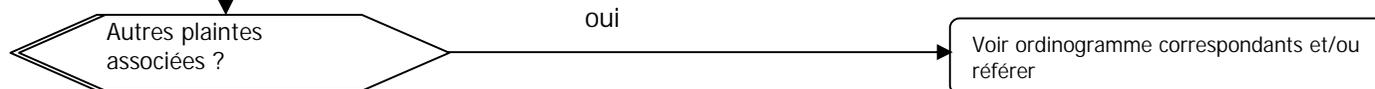
Remarque : ne pas confondre avec les douleurs normales des tranchées utérines des 3 premiers jours du post-partum

Rechercher : infection puerpérale

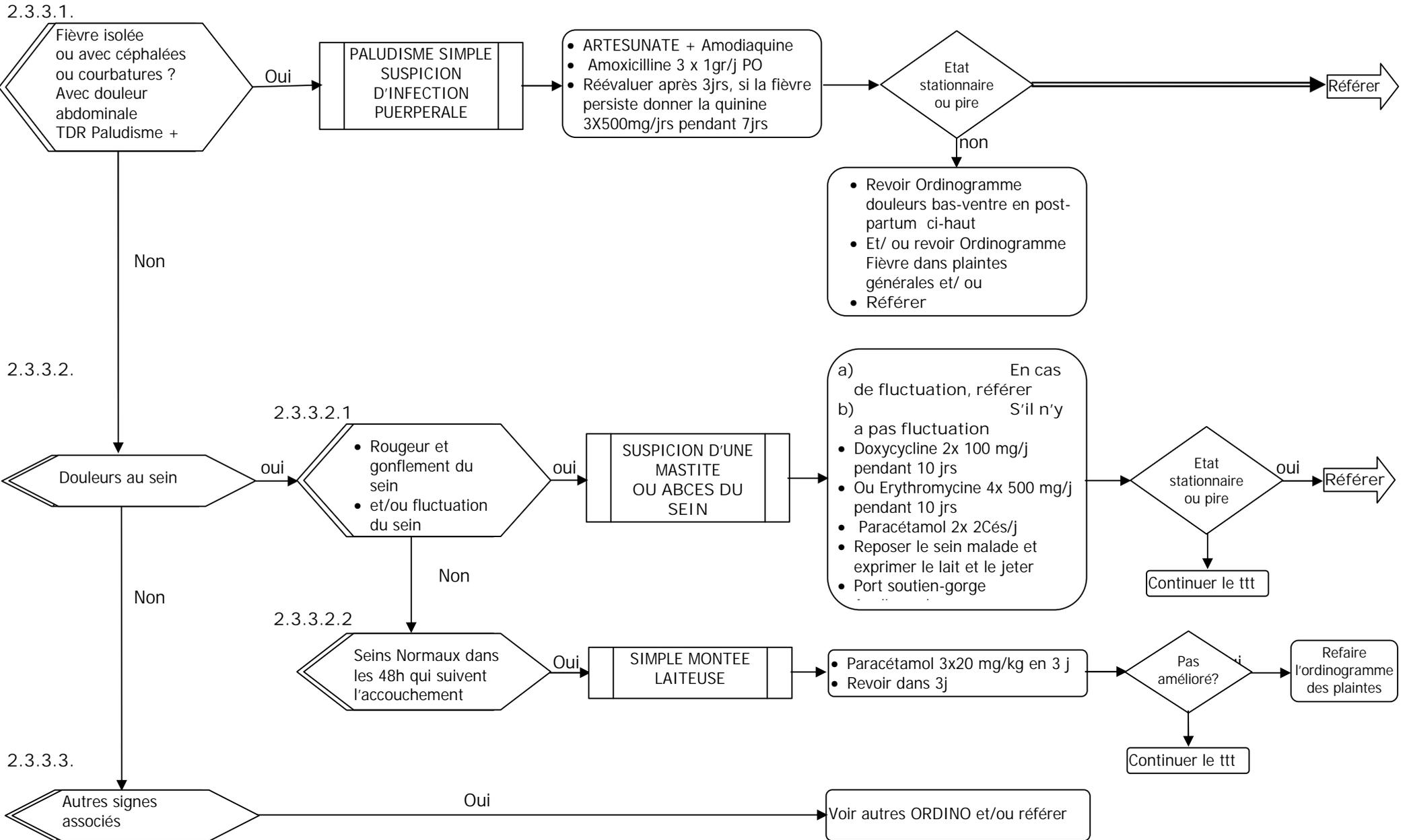
2.3.2.1.



2.3.2.2.



2.3.3. FIEVRE DU POST-PARTUM



2.3.4. HEMORRAGIE GENITALE DU POST-PARTUM

DEFINITION : Une hémorragie du post-partum est un saignement de ± 500 ml, 200ml pour les femmes anémiques, 1000 ml pour la césarienne, trop abondant et potentiellement dangereux qui survient dans les heures qui suivent l'accouchement. Elle est primaire si survenue dans les 24 heures après l'accouchement et secondaire si se produisant au-delà de 24 heures après accouchement.

- Première cause de mortalité maternelle.
- Accident largement imprévisible.
- Les principes du traitement sont théoriquement simples :

le fait de prendre activement en charge le troisième stade du travail (GATPA) aide à prévenir une hémorragie du post-partum. La prise en charge active du troisième stade du travail consiste à :

- Administrer de l'ocytocine à la minute qui suit l'accouchement (10U IM);
- Exercer une traction contrôlée sur le cordon avec contre-pression sur l'utérus
- Masser l'utérus toutes les 15 min pendant 2 Heures

a. Administrer de l'ocytocine :

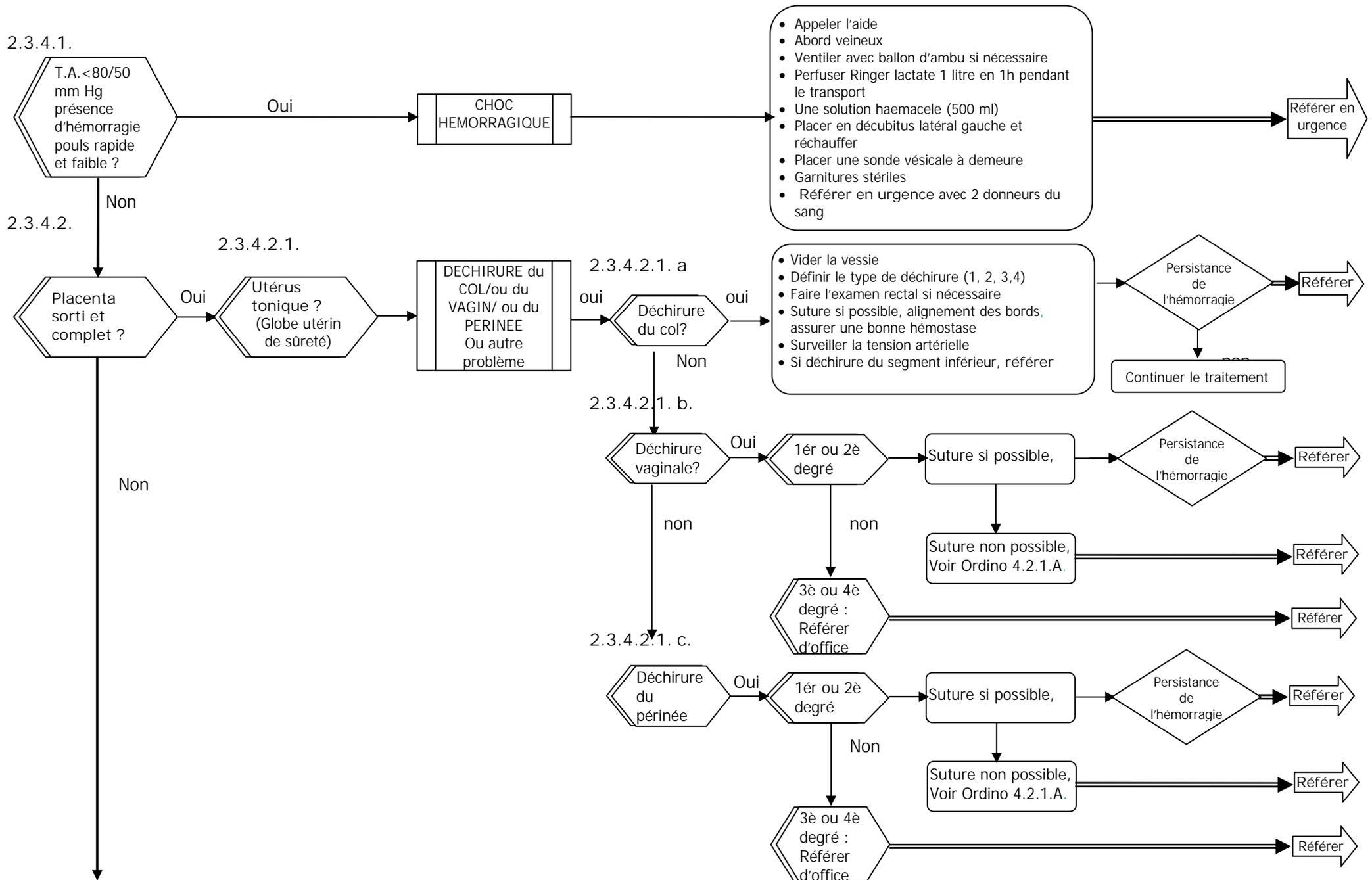
- Dans la minute qui suit l'accouchement palpé l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre bébé et administrer 10U en IM
- Si l'établissement n'a pas d'ocytocine, injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou utiliser des prostaglandines ;
- Ne pas donner d'ergométrine à la femme atteinte de pré éclampsie, d'éclampsie ou d'hypertension artérielle
- Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons, dans la minute qui suit la naissance. Maintenir le cordon et la pince dans une main
- Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut lors de la traction contribue à éviter une inversion de l'utérus
- Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une forte contraction de l'utérus
- Lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que le sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main maintenir la pression vers le haut
- Si le placenta ne descend pas dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon, tenir délicatement le cordon et attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Si nécessaire, déplacer la pince pour clamper le cordon plus près du périnée à mesure qu'il s'allonge
- A la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut
- Ne jamais exercer de traction sur le cordon (tirer) sans exercer simultanément, avec l'autre main une contre-pression (pousser vers le haut) au-dessus de l'os pubien
 1. S'assurer des moyens d'une compensation volémique rapide ;
 2. S'assurer que l'utérus est vide ou vidé pour permettre sa rétraction ;
 3. S'assurer que l'utérus est contracté (tonique) peut permettre son hémostase ;
 4. S'assurer qu'on a contrôlé les déchirures génitales basses ;
 5. Ne pas faire de manœuvre intempestive pouvant aggraver la situation.

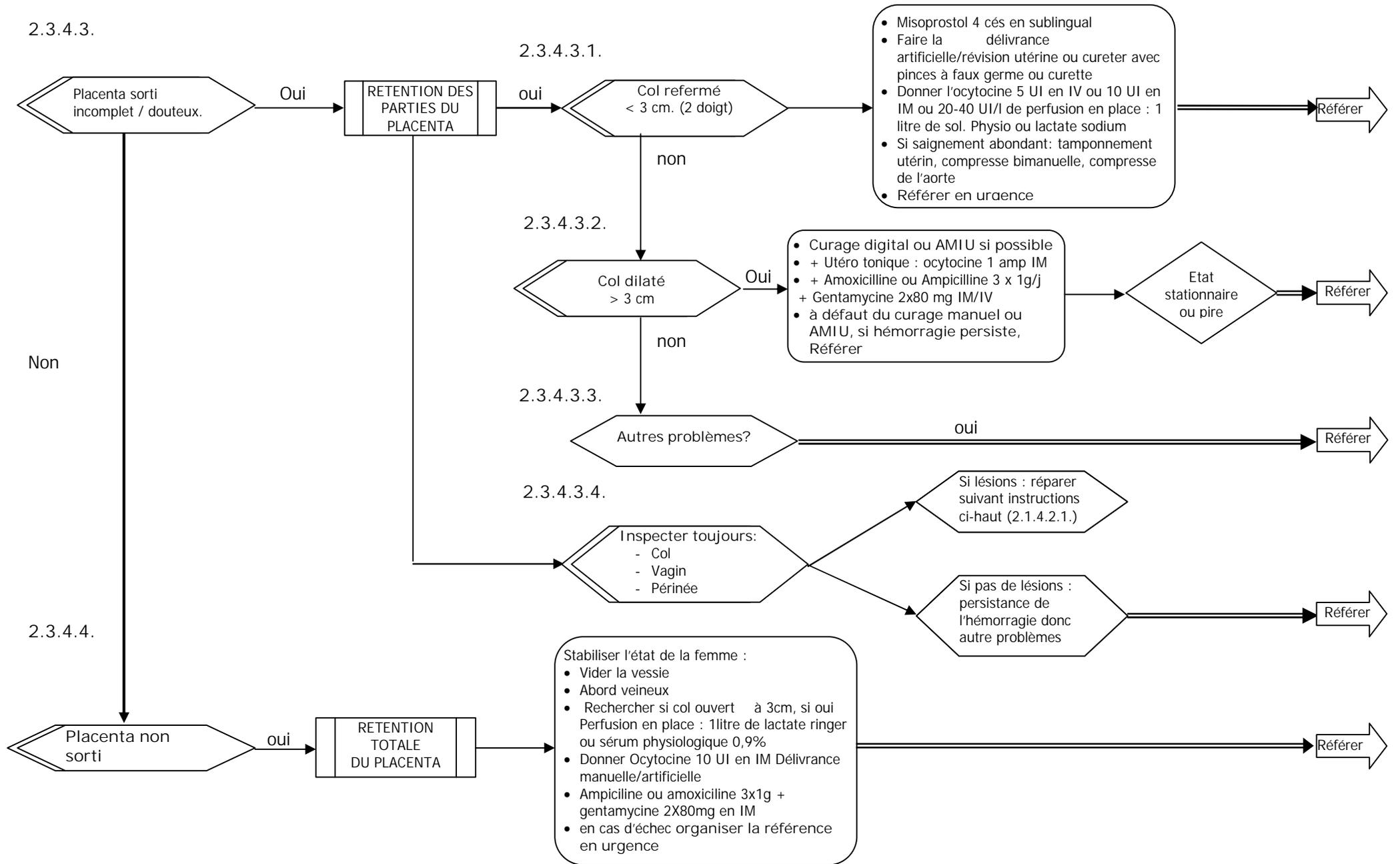
PIEGES : L'hémorragie peut être non extériorisée.

- Rétention de sang parfois très importante dans un gros utérus hypotonique, difficile à palper, mou et indolore, remontant bien au-dessus de l'ombilic ;
- Rupture utérine ;
- Gros hématome faisant bomber la paroi du vagin.

NB : La prise en charge :

- Placer une perfusion physiologique 0,9% ou lactate ringer
- Mettre la femme en position de Trendelenburg
- Examiner minutieusement le placenta, le col, le vagin, la vulve et le périnée.



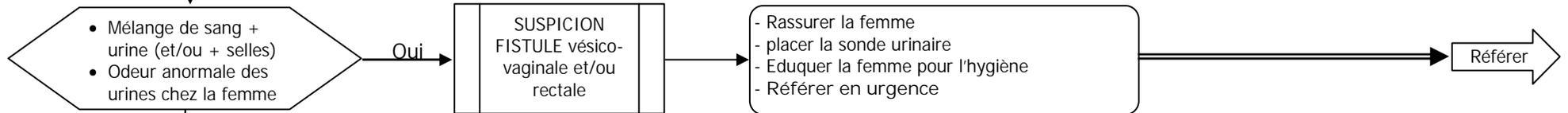


2.3.5. PERTES ANORMALES CHEZ LA MERE EN POST-PARTUM

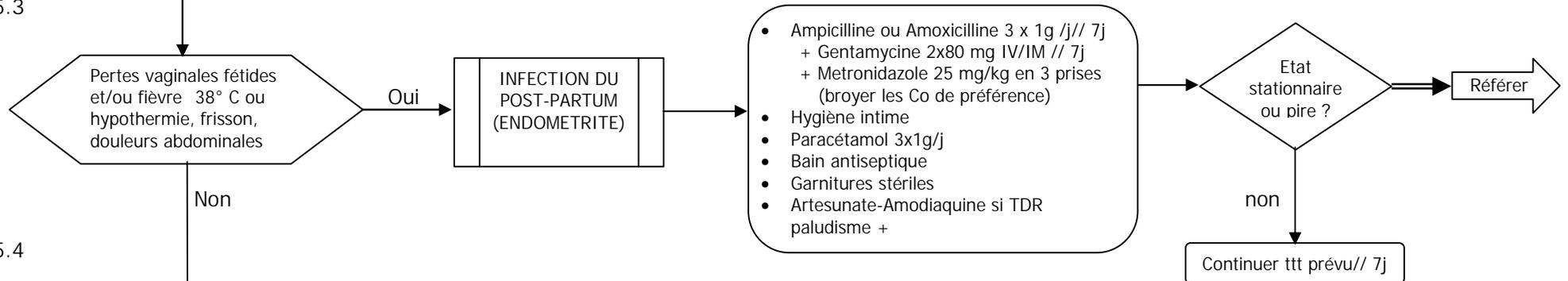
2.3.5.1.



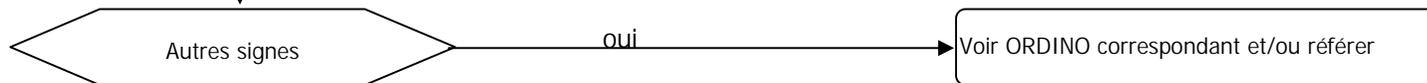
2.3.5.2



2.3.5.3

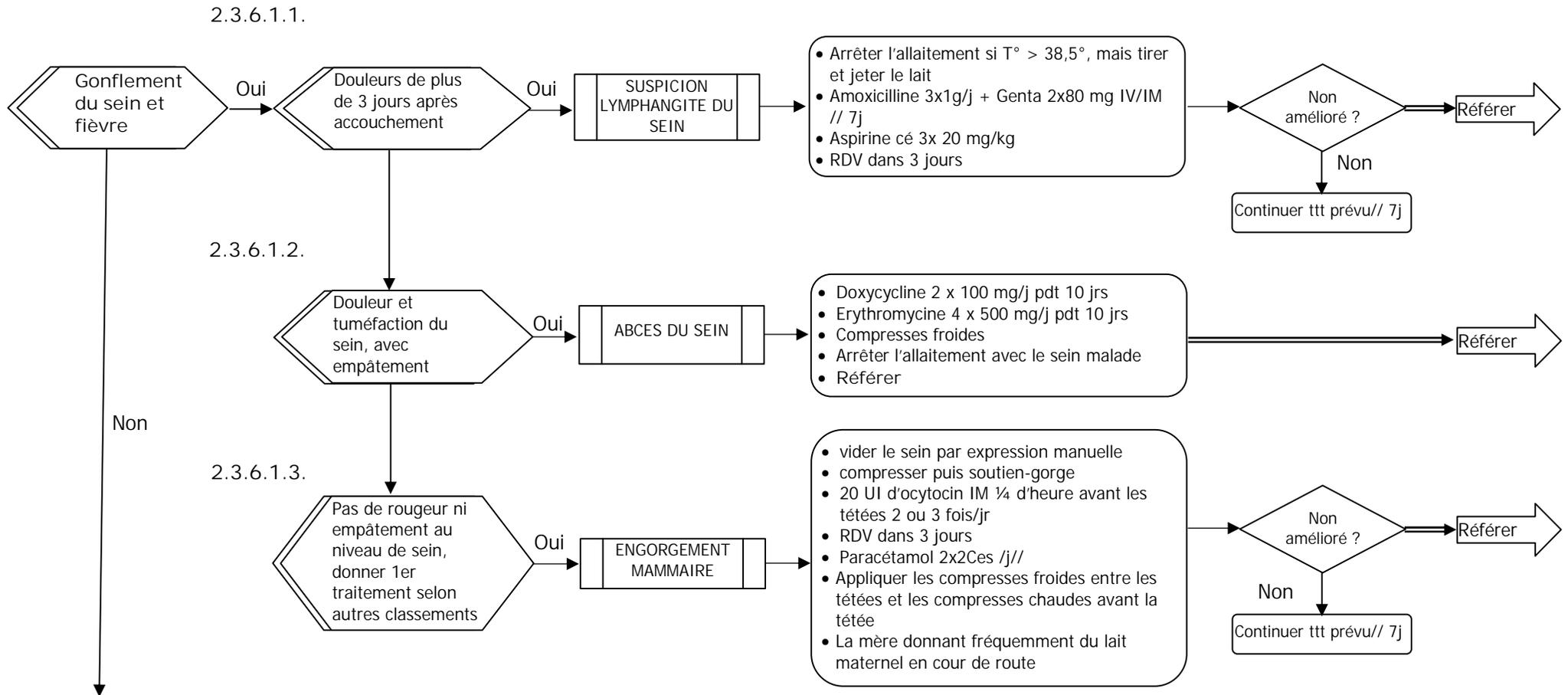


2.3.5.4

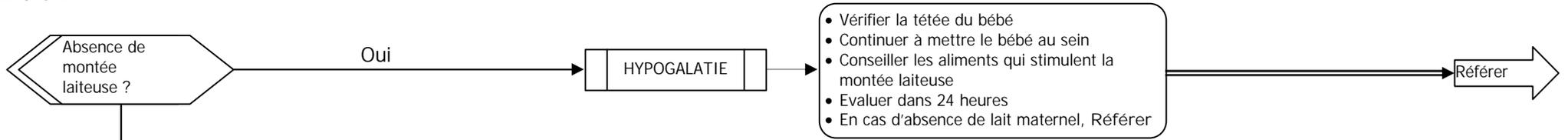


2.3.6. TROUBLES DE L'ALLAITEMENT

2.3.6.1.

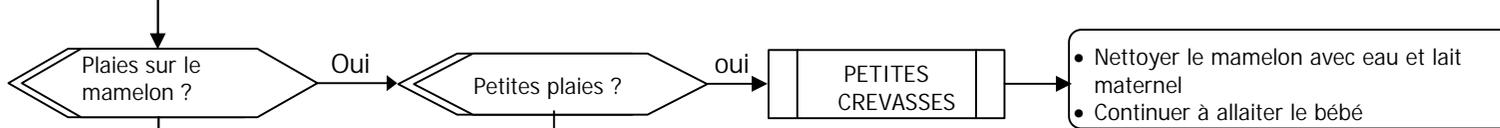


2.3.6.2.

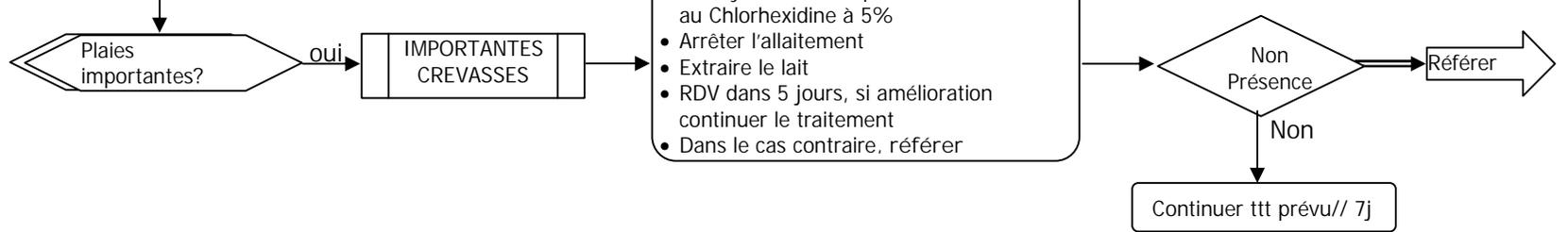


2.3.6.3.

2.3.6.3.1.



2.3.6.3.2.



2.3.6.4.



TITRE III : PLAINTES GENERALES

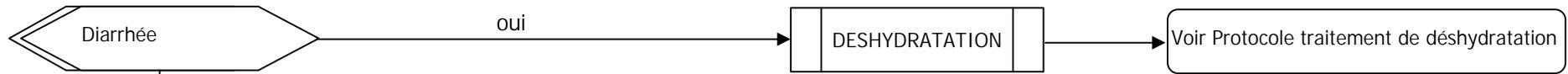
3.1. AMAIGRISSEMENT

DEFINITION : Perte de poids (involontaire) stationnaire pendant 3 mois ou plus chez les enfants de 5 à 15 ans. Ou perte de poids chez l'adulte

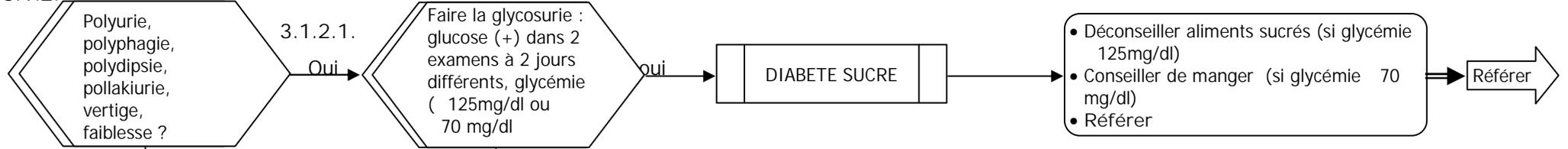
SIGNES DE GRAVITE : une perte de > 10% du poids corporel.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée et/ou vomissement
4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA, Diabète).
Si oui, voir ordinogramme correspondant.

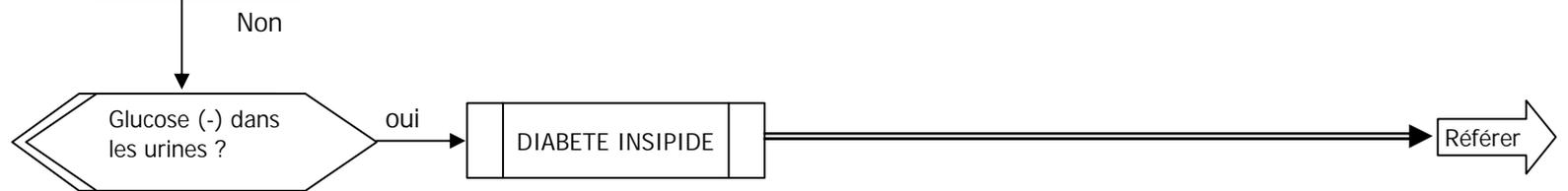
3.1.1.



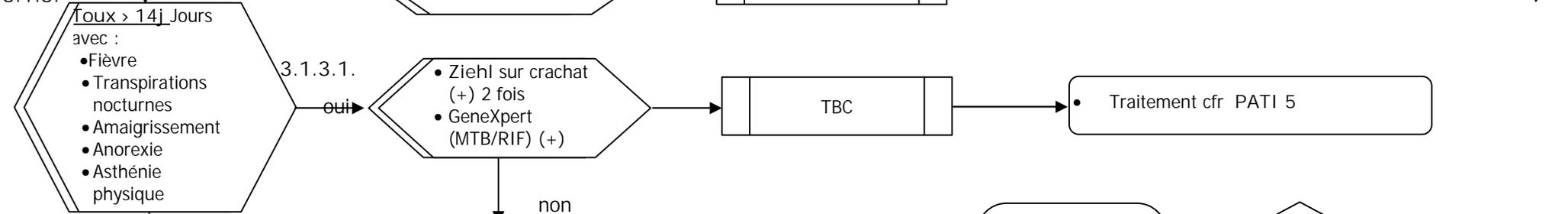
3.1.2.



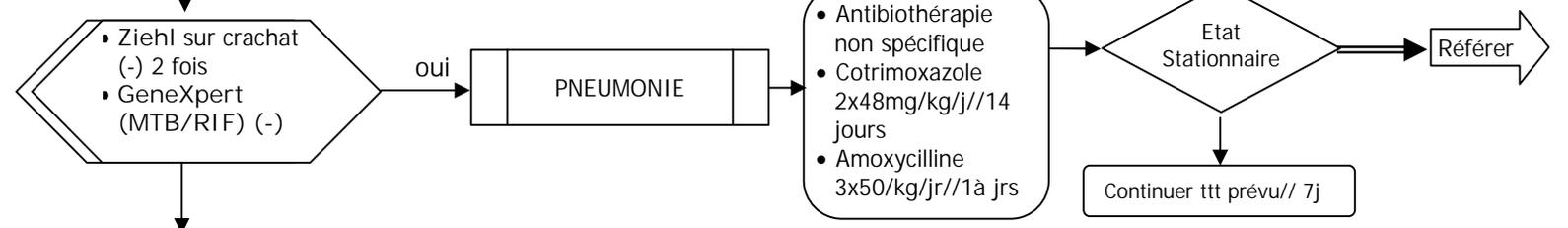
3.1.2.2.

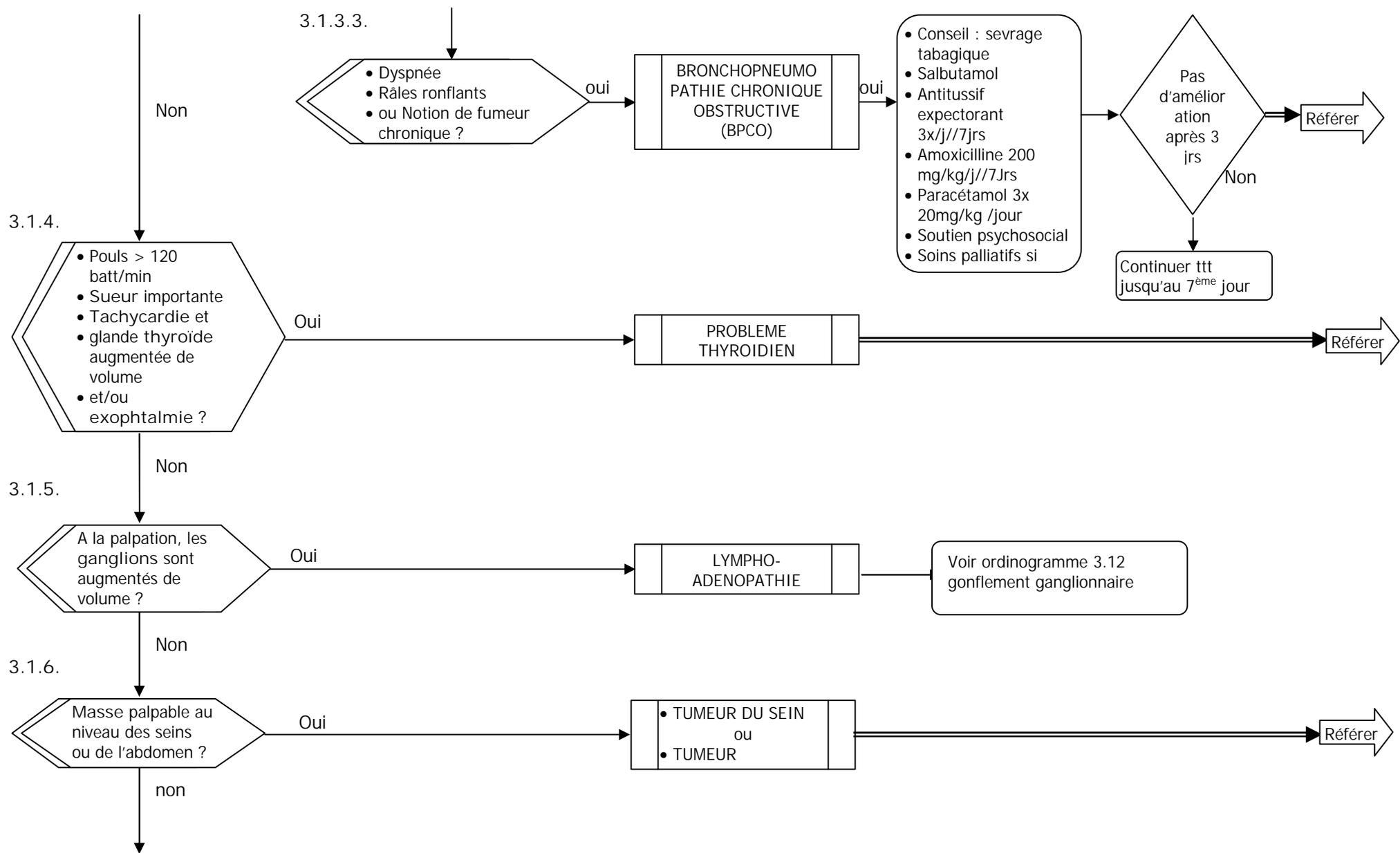


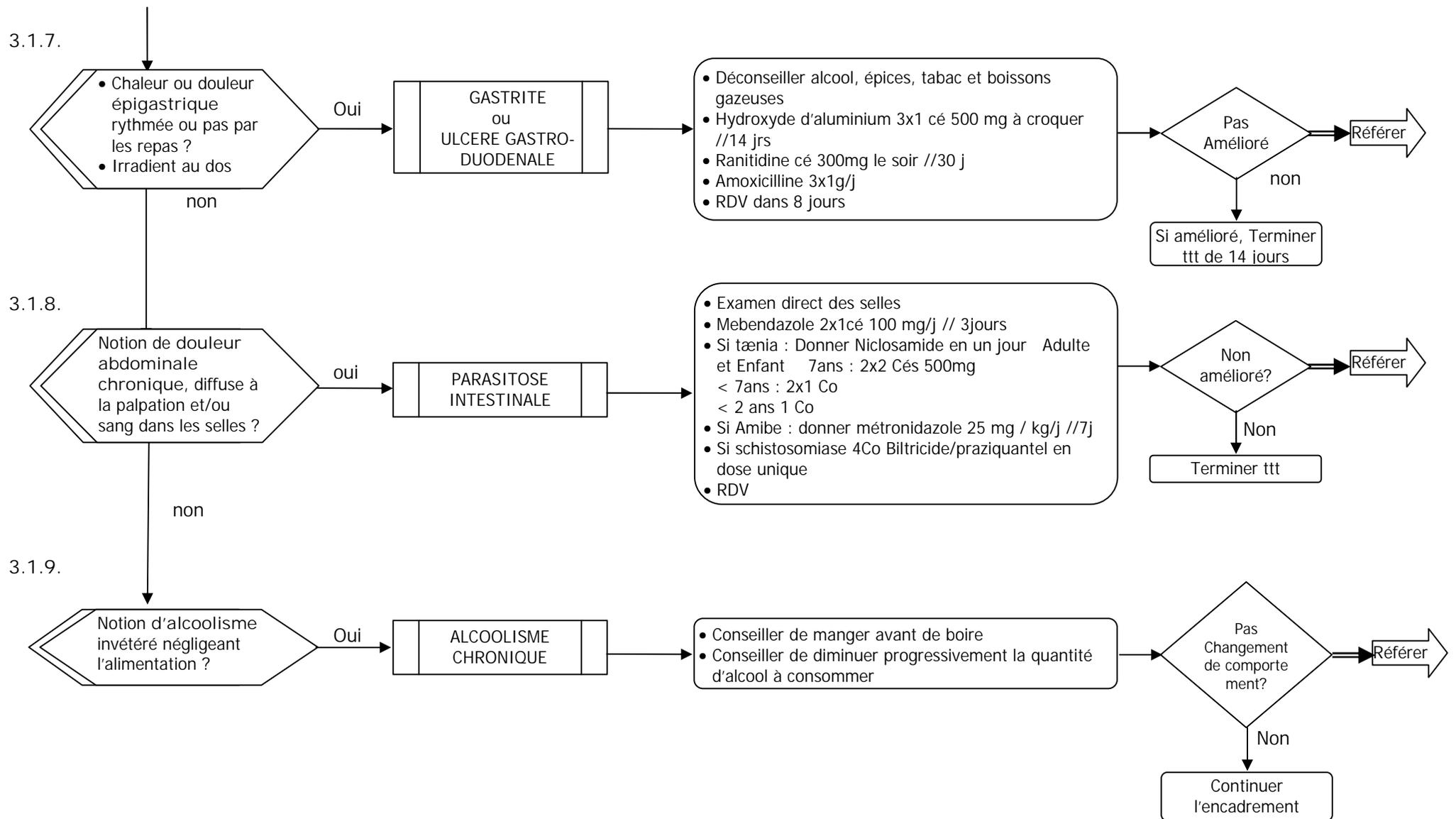
3.1.3.

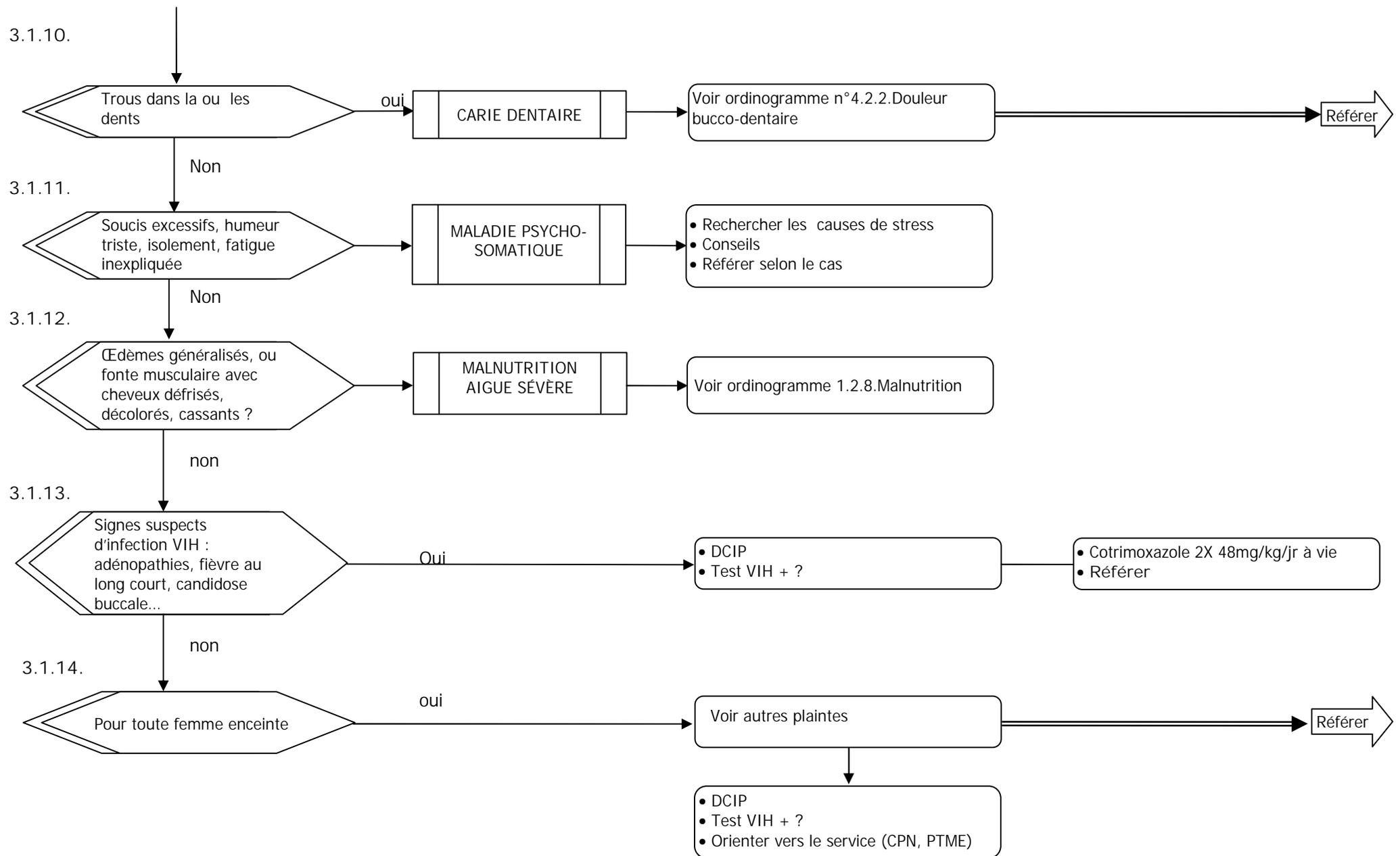


3.1.3.2.







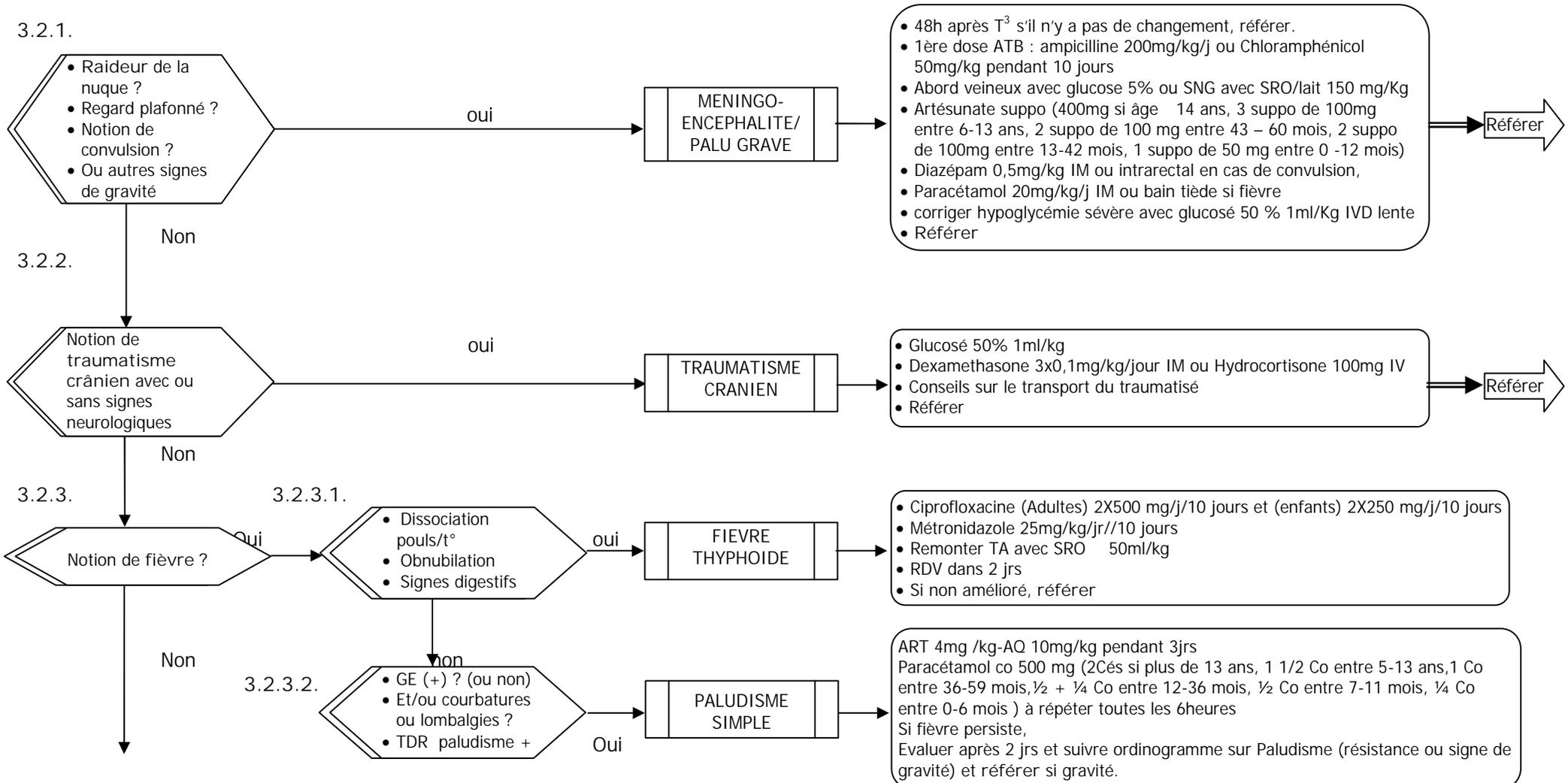


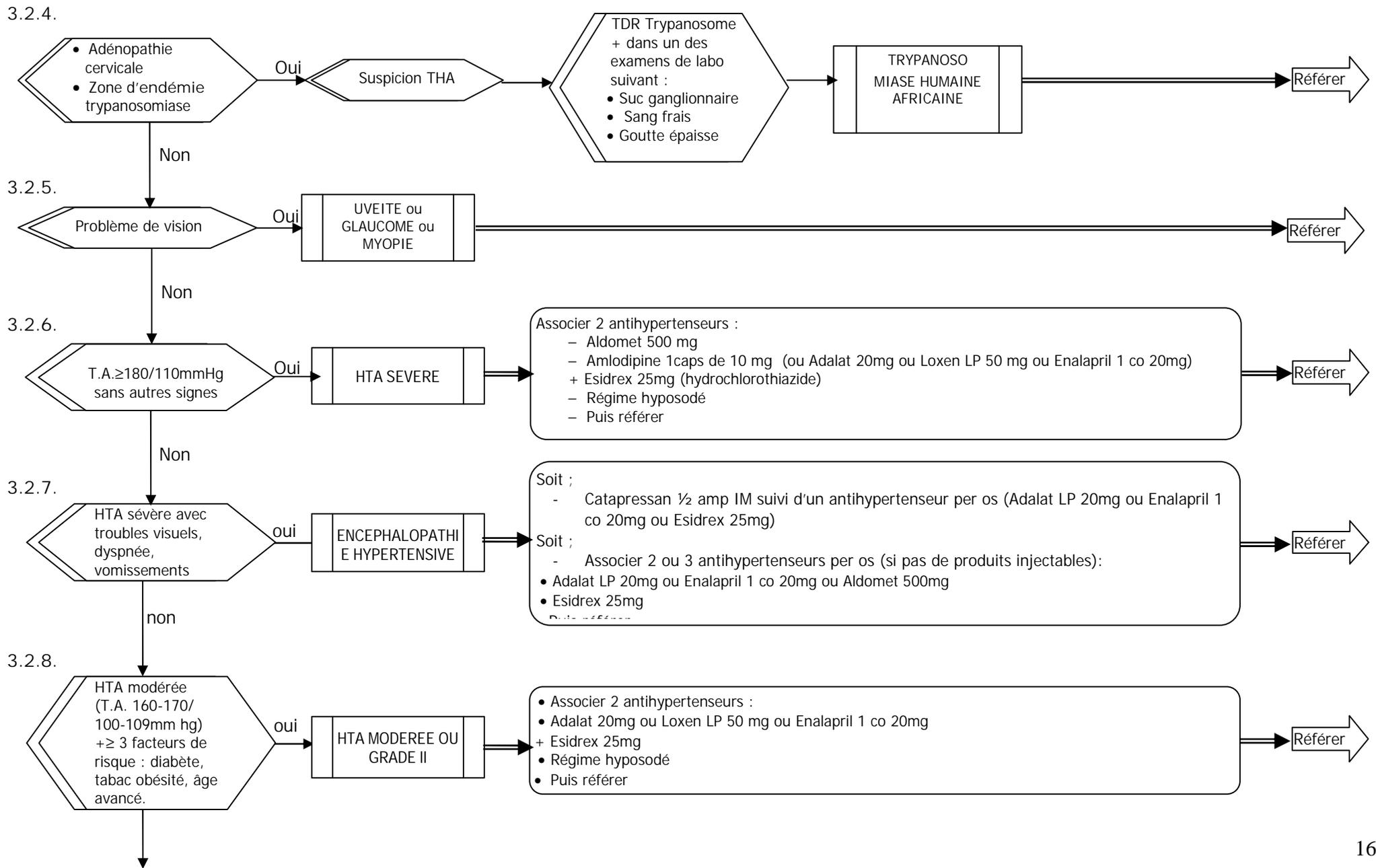
3.2. CEPHALEES

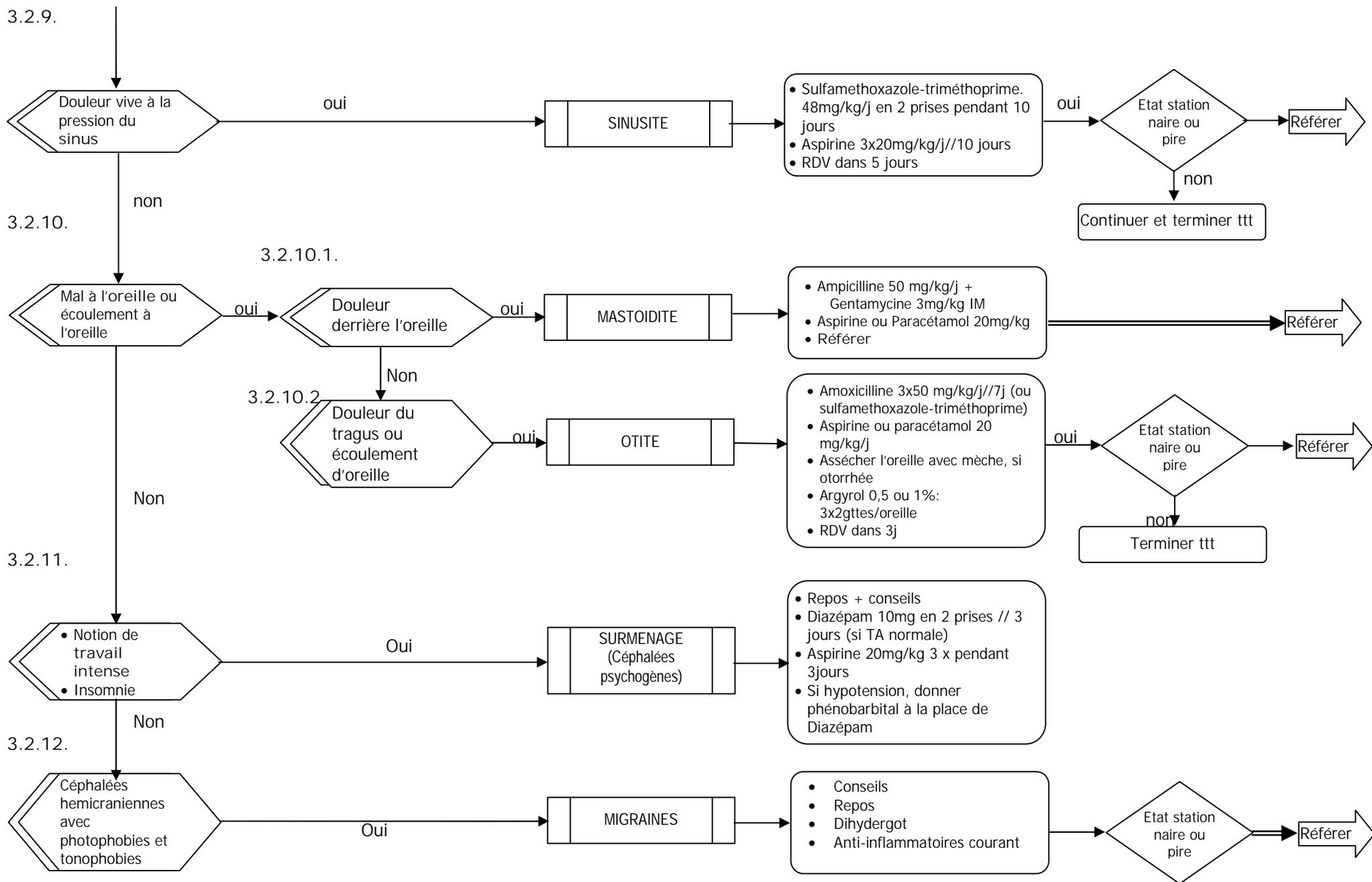
DEFINITION : Le malade se plaint de maux de tête.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus :

- 1) Fièvre et TDR+ (paludisme) 2) Fièvre et signes de gravité de palu (palu grave) : trouble de comportement, convulsion, somnolence, coma, confusion, asthénie sévère, douleur abdominale avec transpiration profuse, Troubles Respiratoires., pâleur grave, Hypotension, ictère, urines foncées 3) Toux (TBC)
 - 4) Diarrhée et ou vomissements 5) Céphalées (Trypanosomiase, HTA) 6) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, Diabète).
- Si oui, voir ordiogramme correspondant.

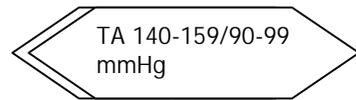






3.3. DECOUVERTE FORTUITE DES CHIFFRES TENSIONNELS ELEVES

3.3.1.



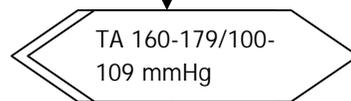
oui



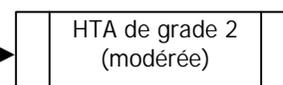
- Prélever la TA 3 fois à intervalle de 3 min. Si pas de baisse de TA, conseiller un régime alimentaire hyposodé puis revoir le patient dans les 48 heures.
- Si TA toujours identique, retenir HTA de Grade 1
- Prescrire un anti HTA :
 - Esidrex co 12.5mg ou Amlodipine 1co de 5 mg ou Adalat retard 20mg ou Enalapril 1 co 10mg
- Si échec après 3 j, référer

non

3.3.2.



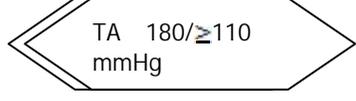
oui



- Repos (observation)
- Si pas de baisse, Prescrire un anti HTA :
 - Esidrex co 25mg ou Amlodipine 1co de 10 mg ou Adalat retard 20mg ou Enalapril 1 co 20mg
- Puis référer

non

3.3.3.



oui



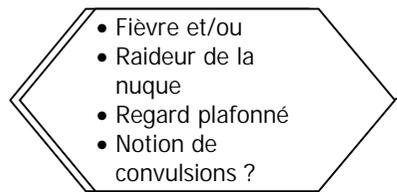
- Associer 2 ou 3 antihypertenseurs cfr ci-haut
- Puis référer

3.4. COMA

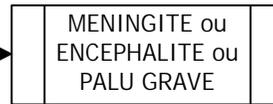
DEFINITION : Perte de conscience complète ou partielle avec diminution ou perte prolongée de la réactivité aux stimulations ?

CONDUITE A TENIR : Référer tous les cas.

3.4.1.



oui

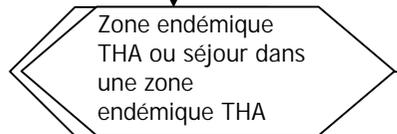


- 1^{ère} dose Antibiotique : Ampicilline ou Amoxicilline 200mg/kg/j en IM ou Chloramphénicol 50mg/kg
- Artesunate suppo (400mg si âge > 14 ans, 3 suppo de 100mg entre 6-13 ans, 2 suppo de 100mg entre 43 – 60 mois, 2 suppo de 100mg entre 13-42 mois, 1 suppo de 50 mg entre 0 -12 mois)
- si TDR palu+
- En cas de convulsion : Diazépam 0,5mg/kg IM ou IV
- Si fièvre, Paracétamol 20mg/kg/j en IM ou bain tiède
- Sérum glucosé 10 ml/kg ou 1litre si adulte ou SNG avec SRO ou lait 150ml/kg)
- Référer

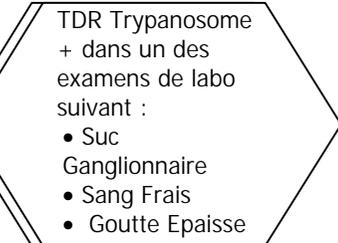


non

3.4.2.

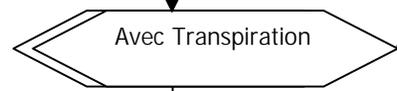


Oui

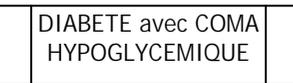


Non

3.4.3.



Oui

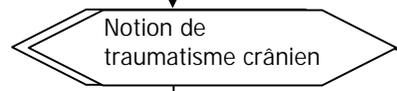


- Glucosé 30% ou 50% IV directe 20 à 50 ml jusqu'au réveil (ou SNG avec eau sucrée ou lait)
- Au réveil, référer

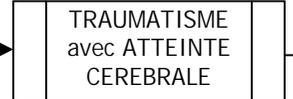


Non

3.4.4.

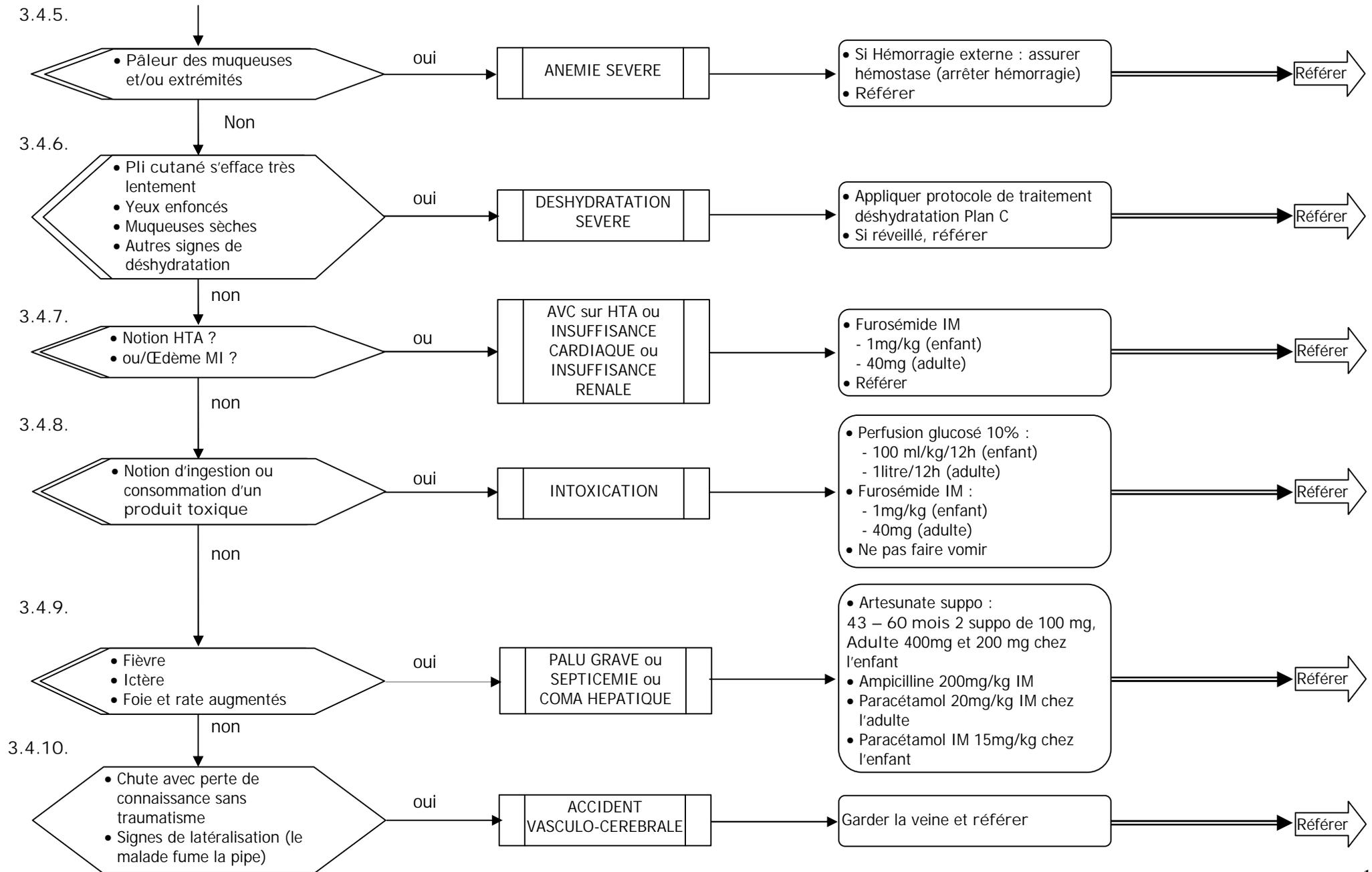


oui



- Perfusion S. glucosé 5 ou 10 %:
- 75ml/kg (enfant)/12h
- 1litre (adulte)/12h après contrôle de la glycémie
- Dexaméthazone 0,1mg/kg IM/IV
- Abord veineux



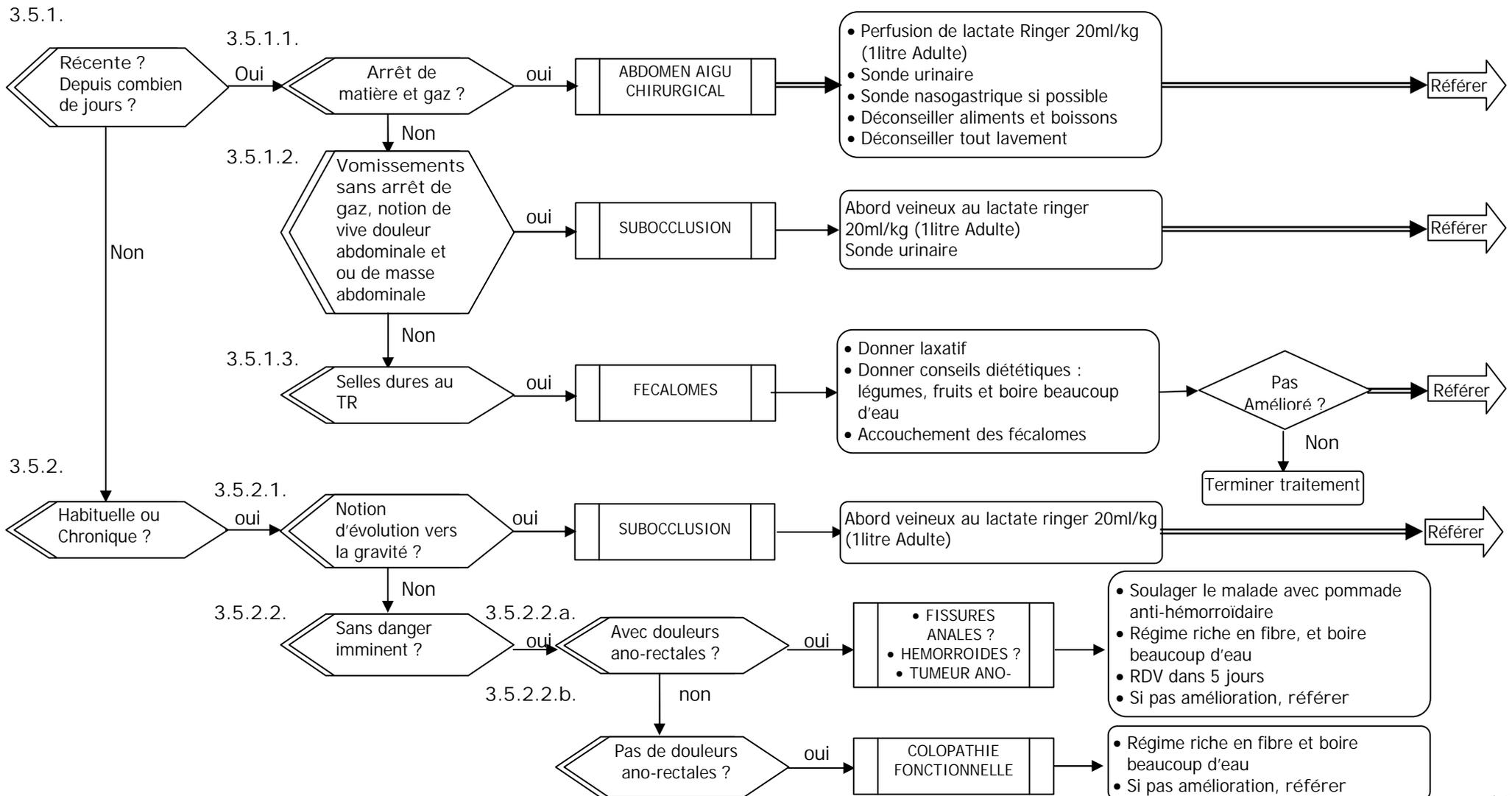


3.5. CONSTIPATION

DEFINITION : Difficulté dans l'évacuation des selles, émission rare de selles dures.

SIGNES DE GRAVITE : Arrêt des matières et des gaz, distension abdominale très importante.

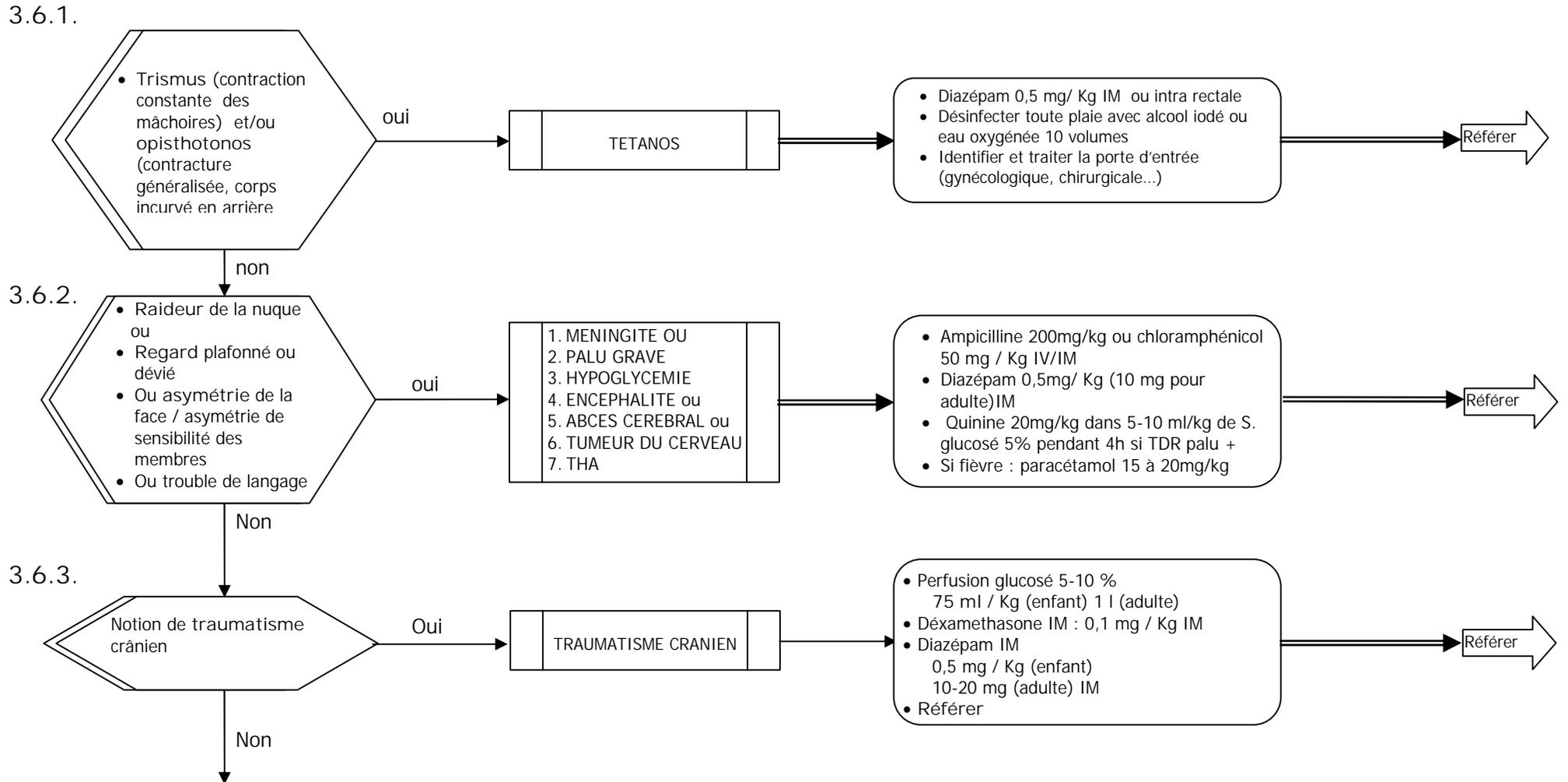
Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée et ou vomissements
4) Céphalées (Trypanosomiase, HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA, Diabète).
Si oui, voir ordiogramme correspondant.



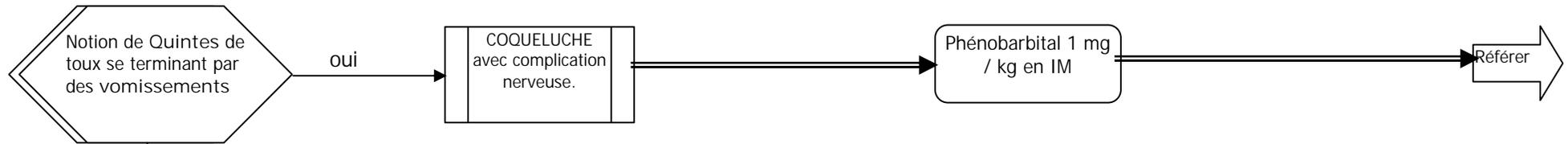
3.6. CONVULSION CHEZ L'ENFANT > 5 ANS et L'ADULTE

Définition : Contractions brusques, involontaires et anarchiques des muscles entraînant des déplacements plus ou moins importants des membres.

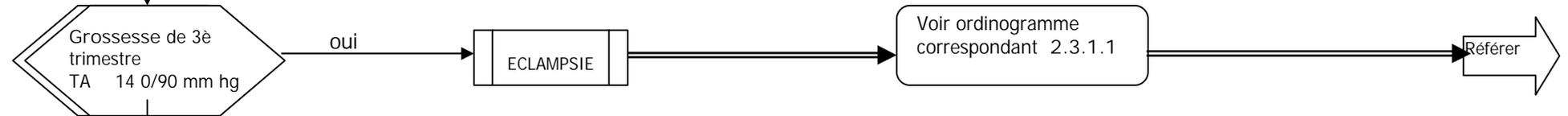
Conduite à tenir : Dans tous les cas, donner le Diazépam : 0,5 mg/Kg en IV ou IM chez l'enfant, (adulte) IM, dégager les voies respiratoires, protéger la langue
(En cas d'épilepsie n'administrer le diazépam que s'il y a de crises subintrantes ou si la crise dure plus de 5 minutes. En cas de coqueluche, donner PHENOBARBITAL 1mg/kg ?)



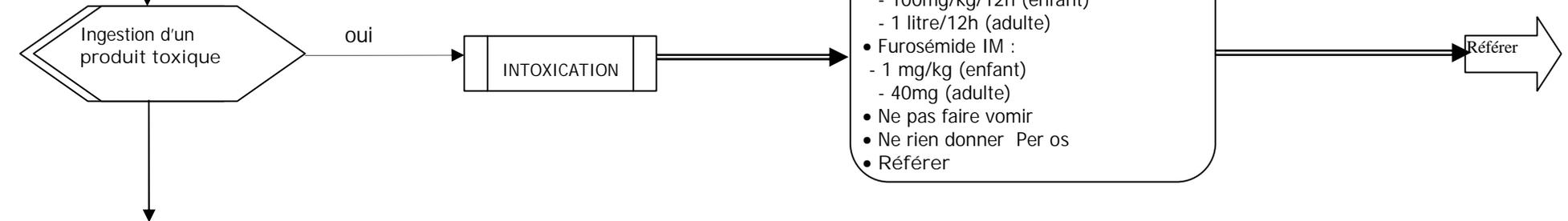
3.6.4.

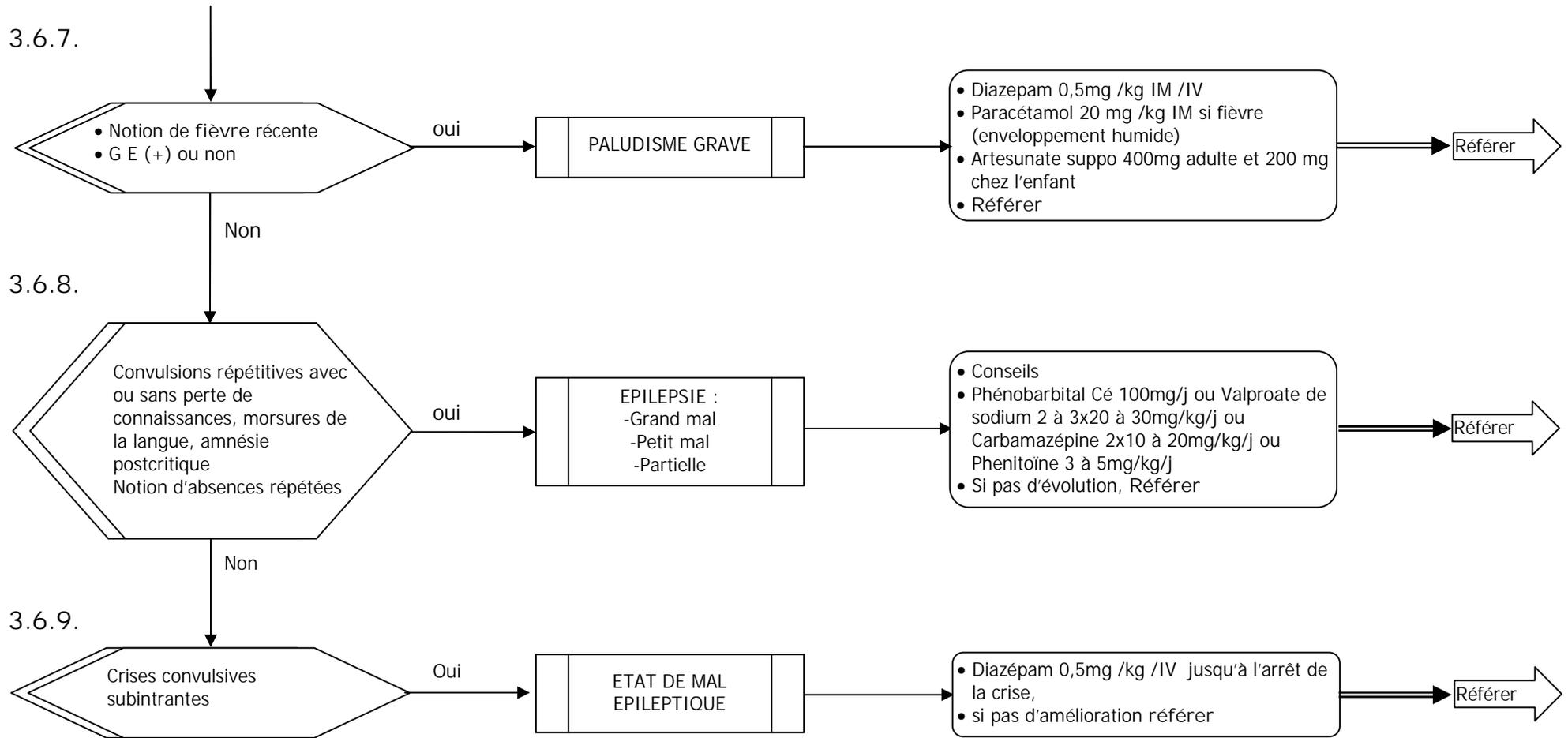


3.6.5.



3.6.6.





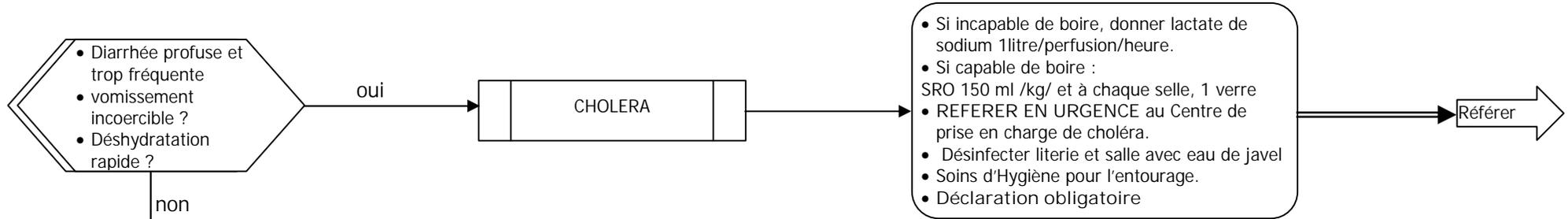
3.7. DIARRHÉE CHEZ L'ENFANT >5 ANS ET L'ADULTE

Définition : Emission fréquente de selles liquides, plus de 3 fois / jour.

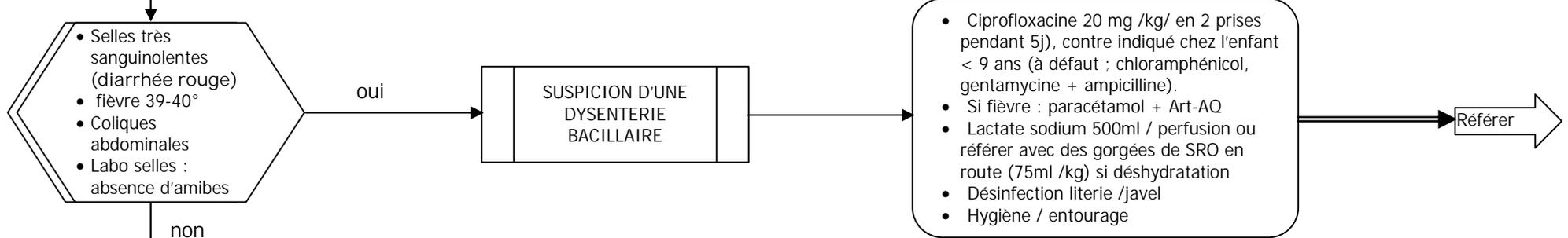
Signes de danger : Emission trop fréquente de selles aqueuses et abondantes (choléra), selles très sanguinolentes (diarrhée rouge) et signes de déshydratation.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Céphalées (Trypanosomiase, HTA) 4) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA). Si oui, voir ordinogramme correspondant.

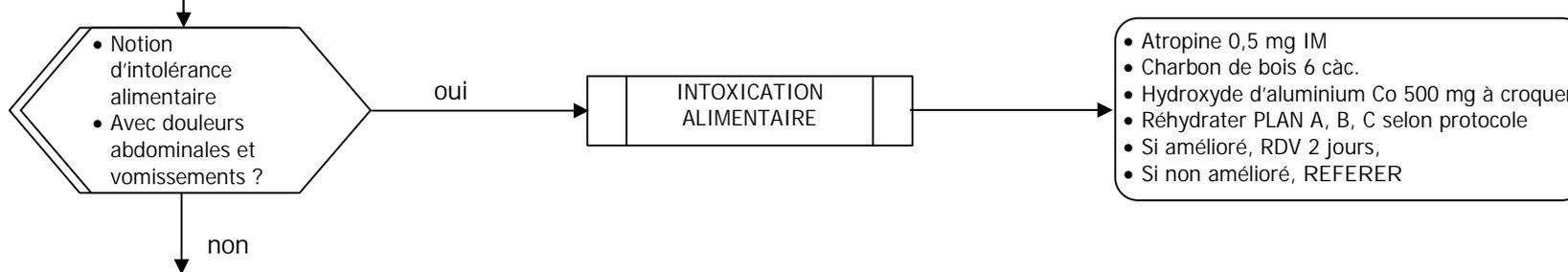
3.7.1.

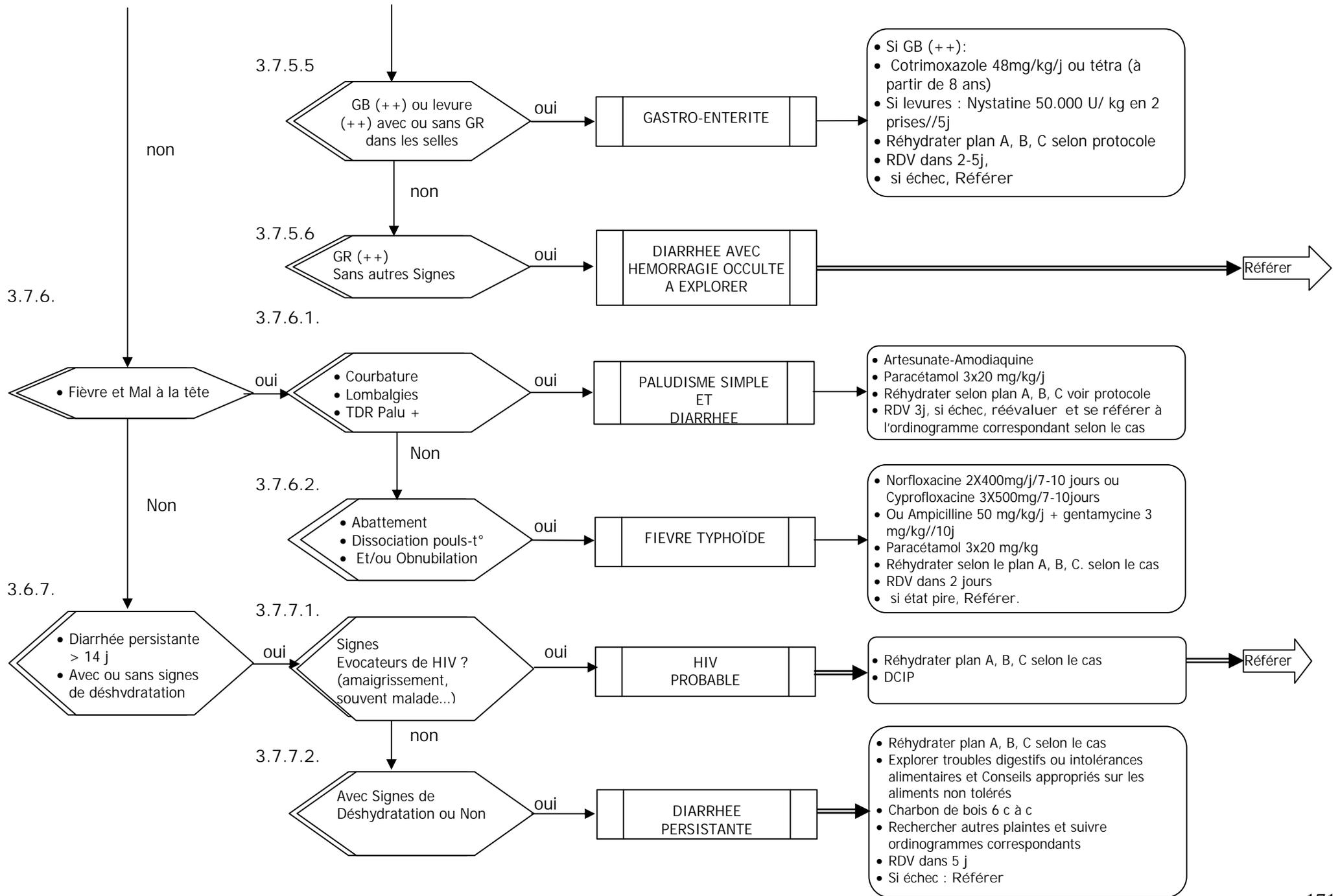


3.7.2.



3.7.3.





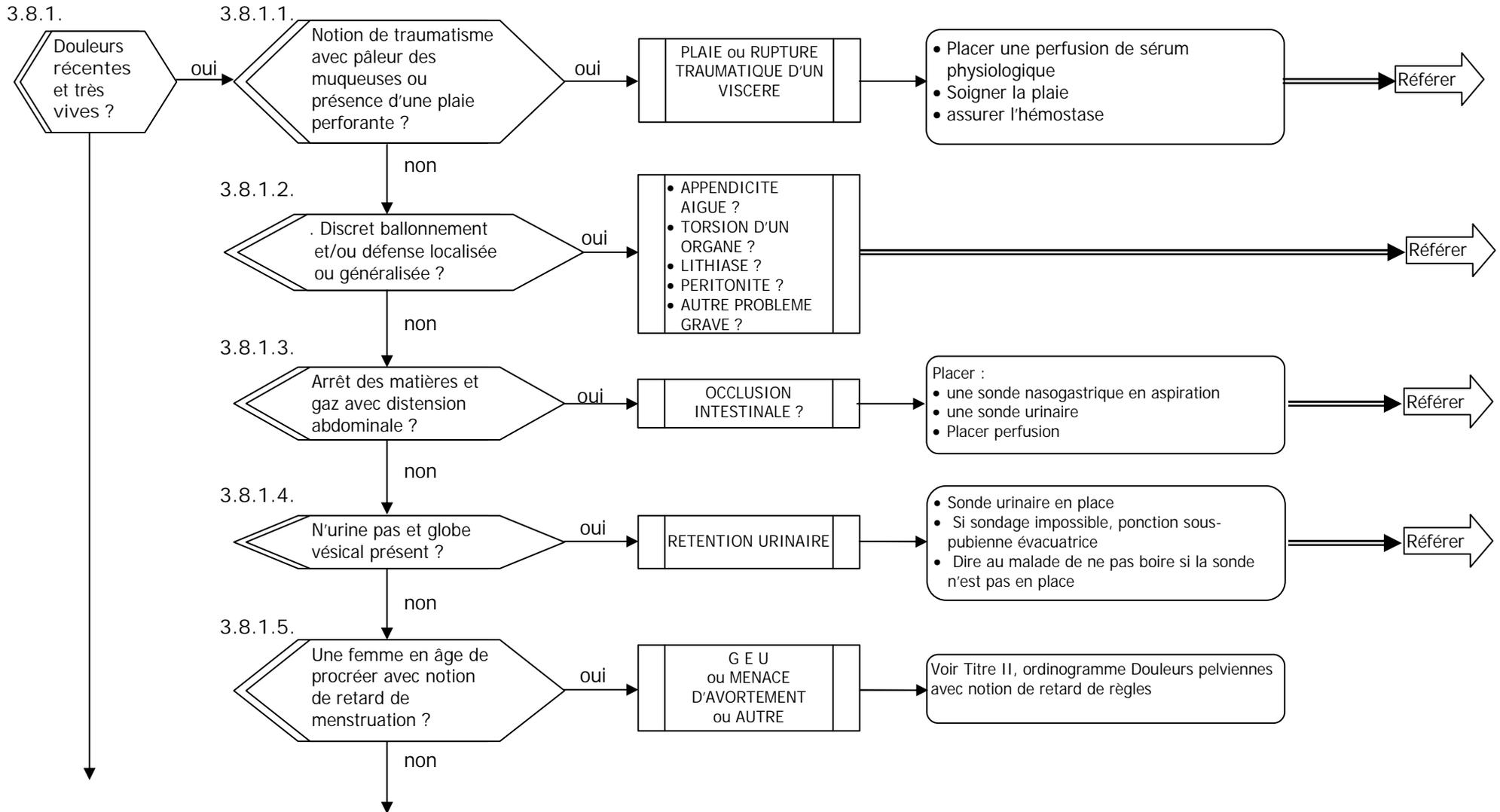
3.8. DOULEURS ABDOMINALES

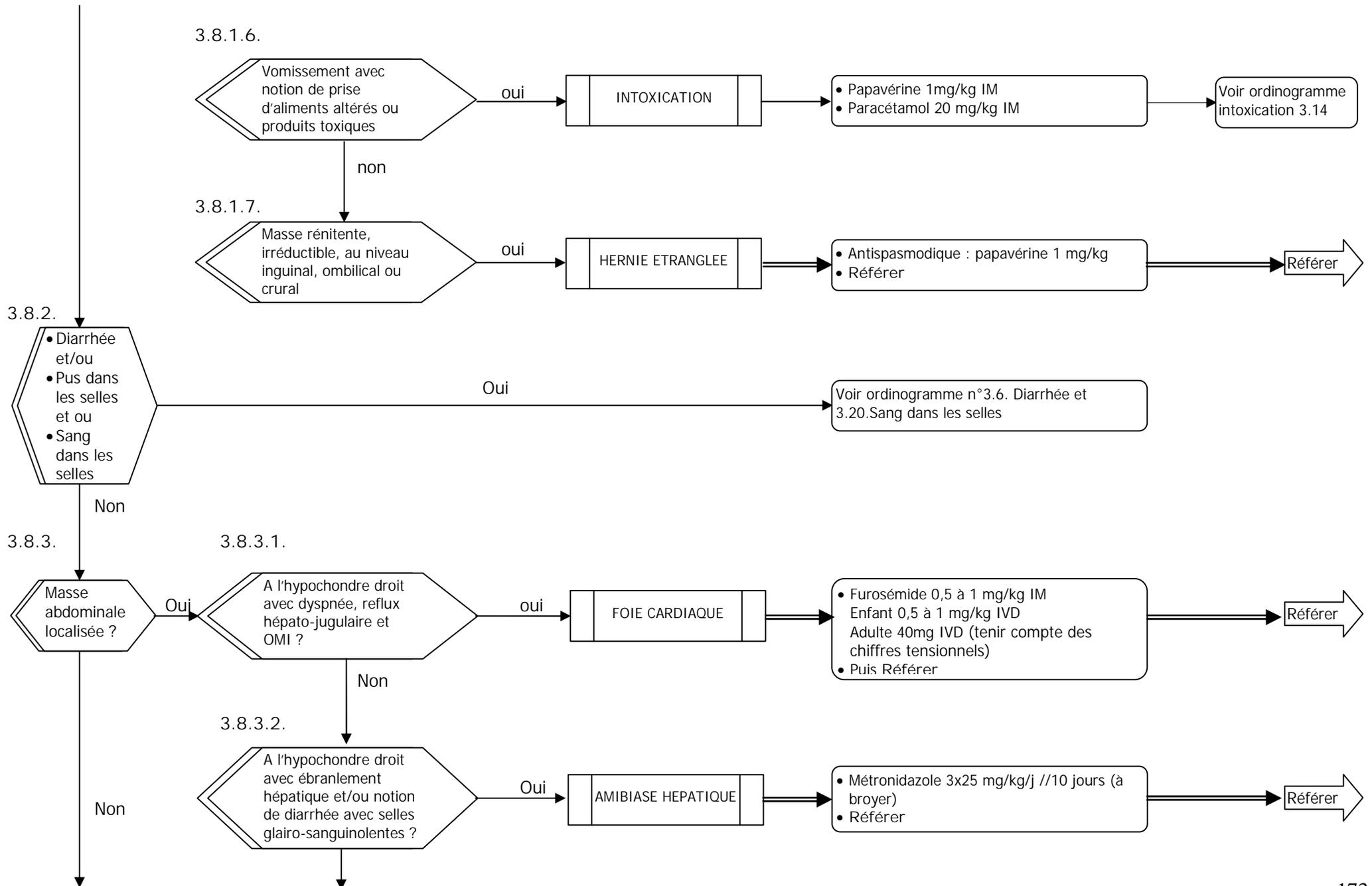
DEFINITION : Toute douleur siégeant au ventre à l'exclusion de celle du petit bassin.

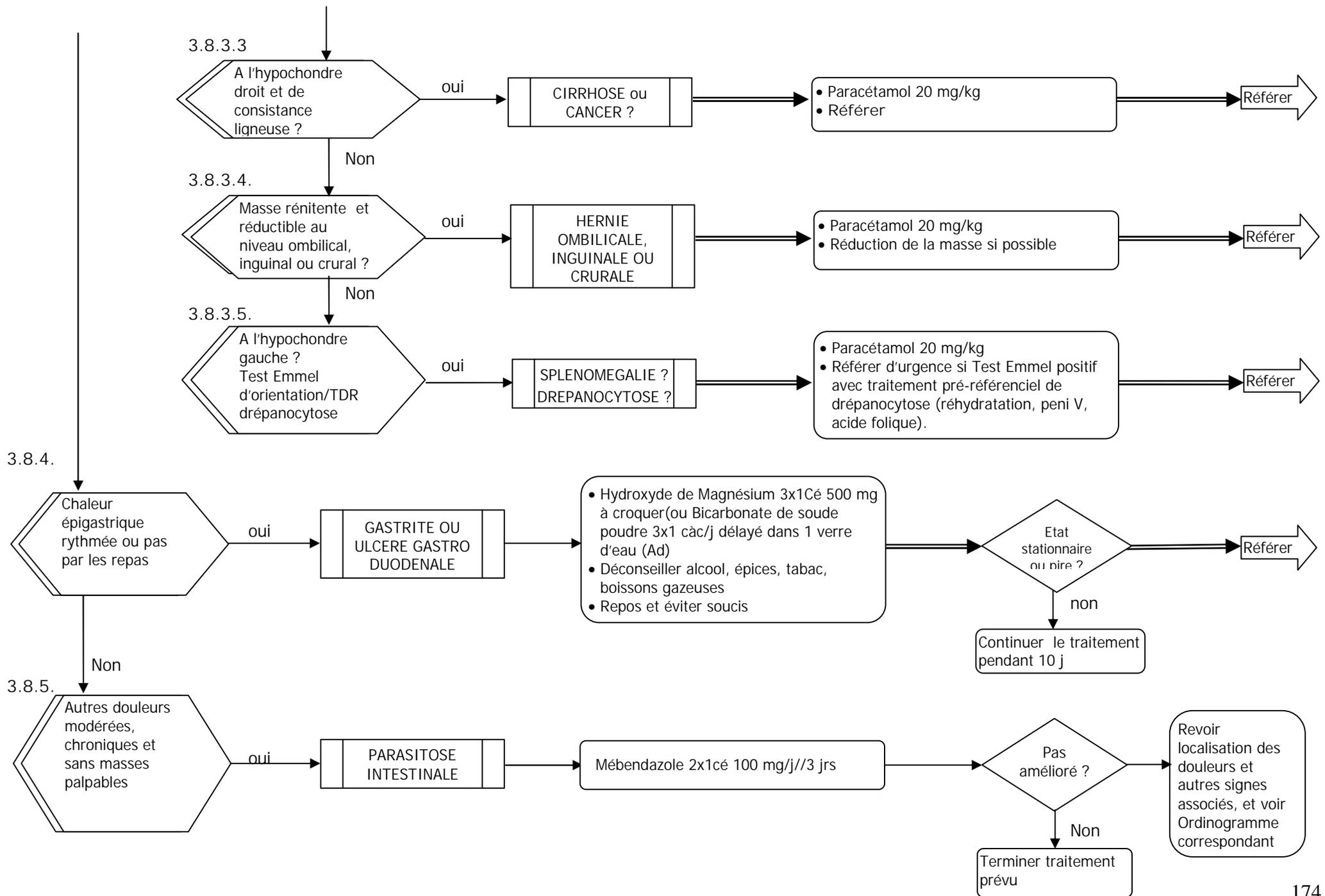
SIGNES DE GRAVITE : Arrêt de matières et gaz, distension abdominale importante et vomissement.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée et vomissements
4) Céphalées (Trypanosomiase, HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, Diabète, géohelminthiase).

Si oui, voir ordiogramme correspondant.





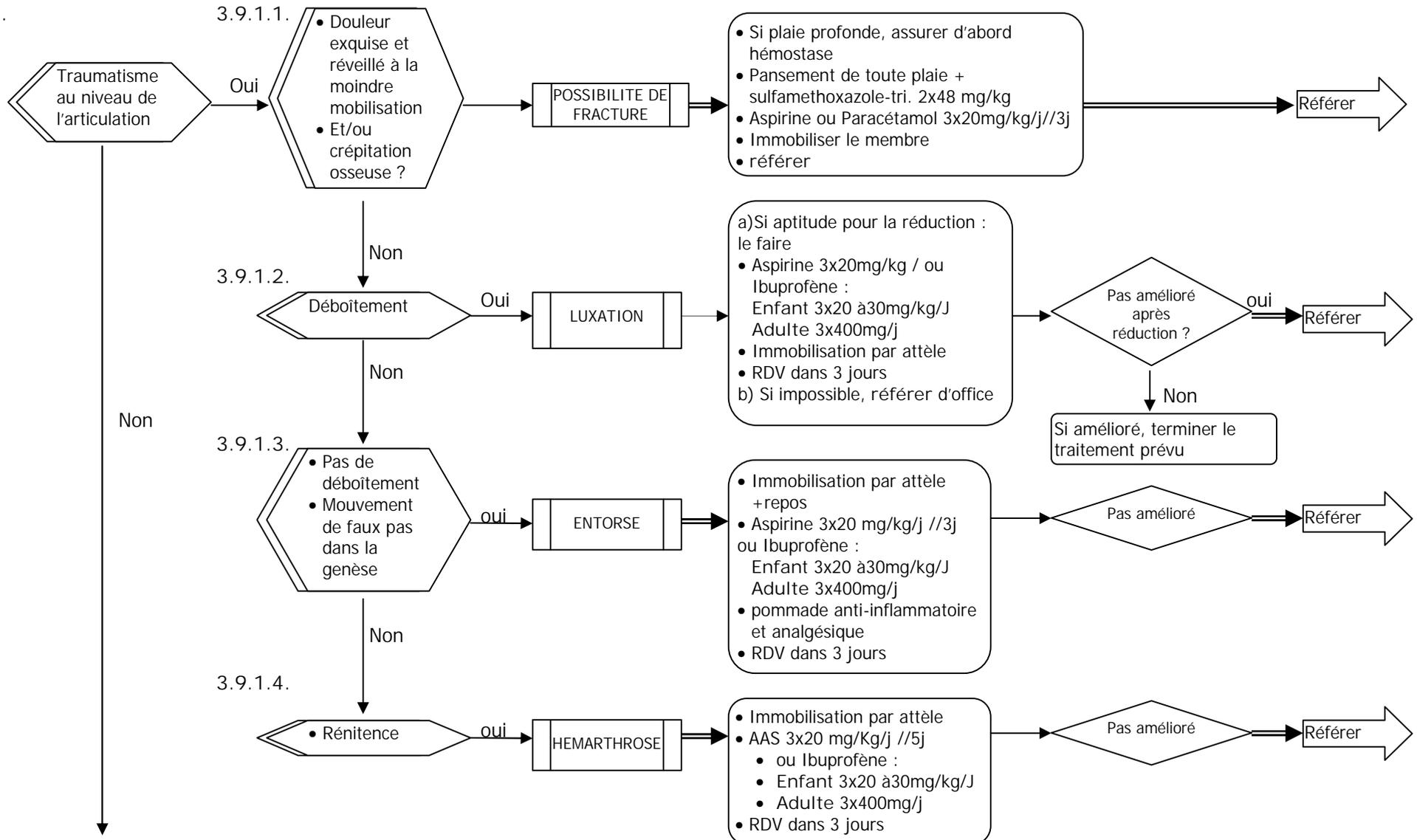


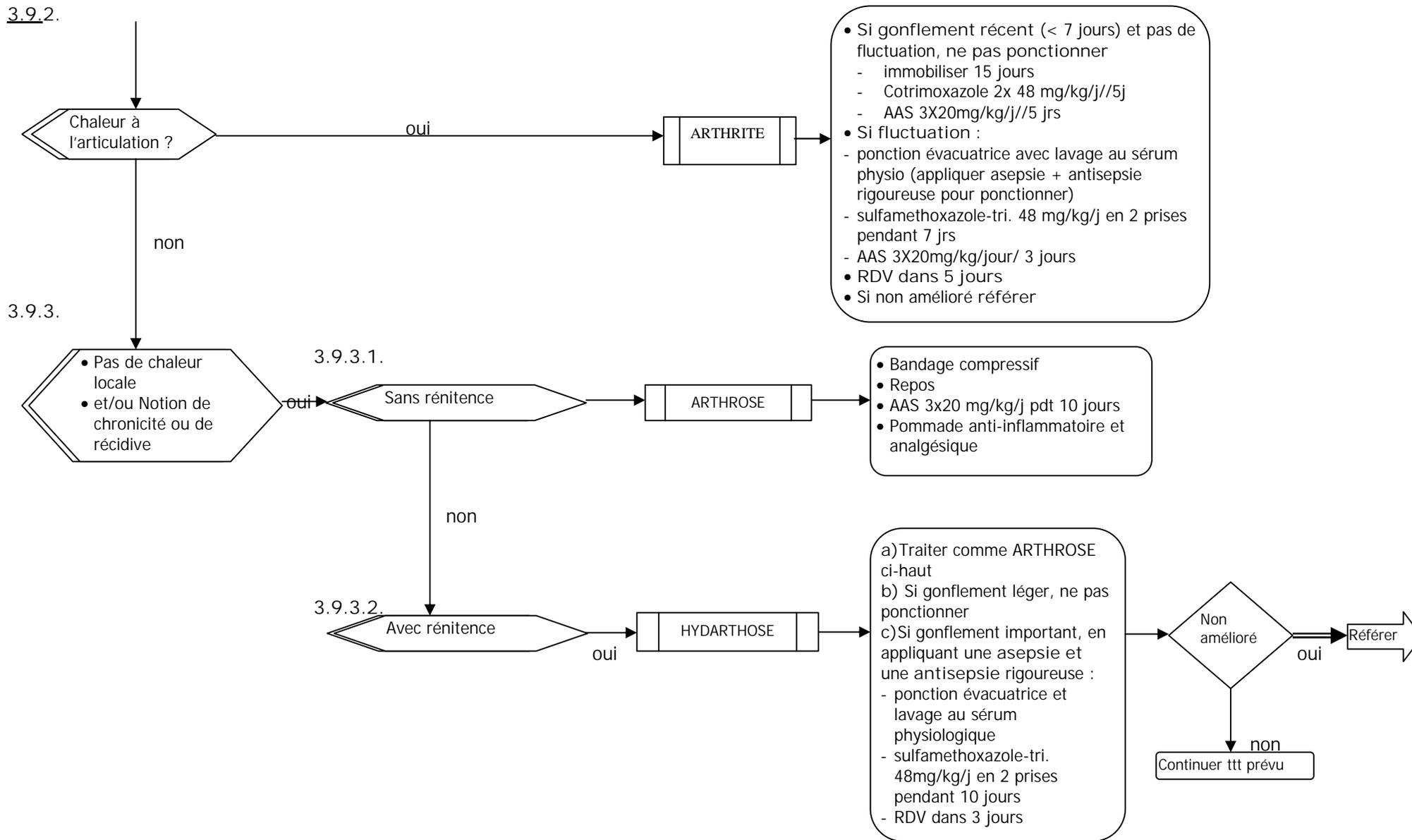
3.9. DOULEURS ET/OU GONFLEMENT ARTICULAIRE

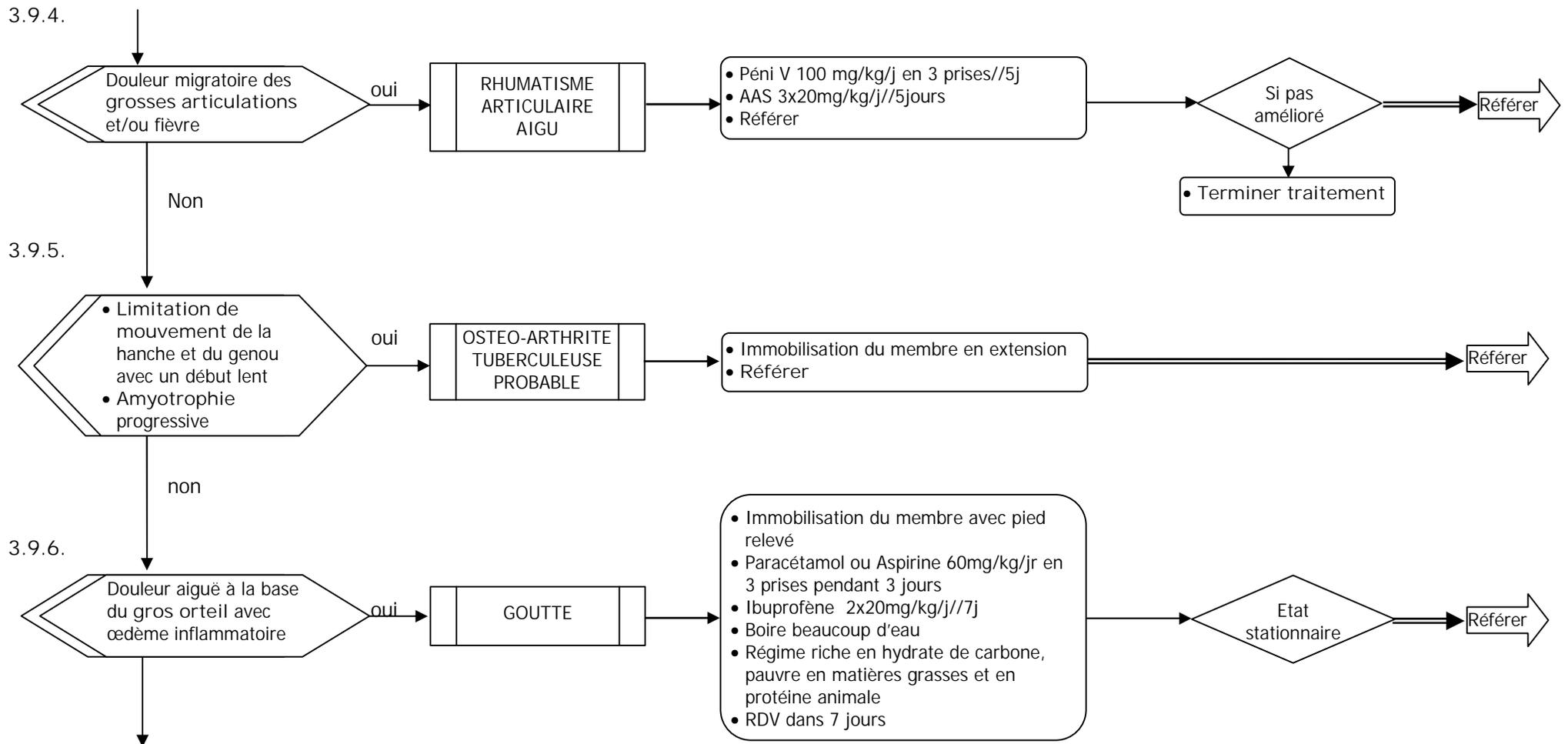
DEFINITION : Douleur ou gonflement au niveau d'une articulation.

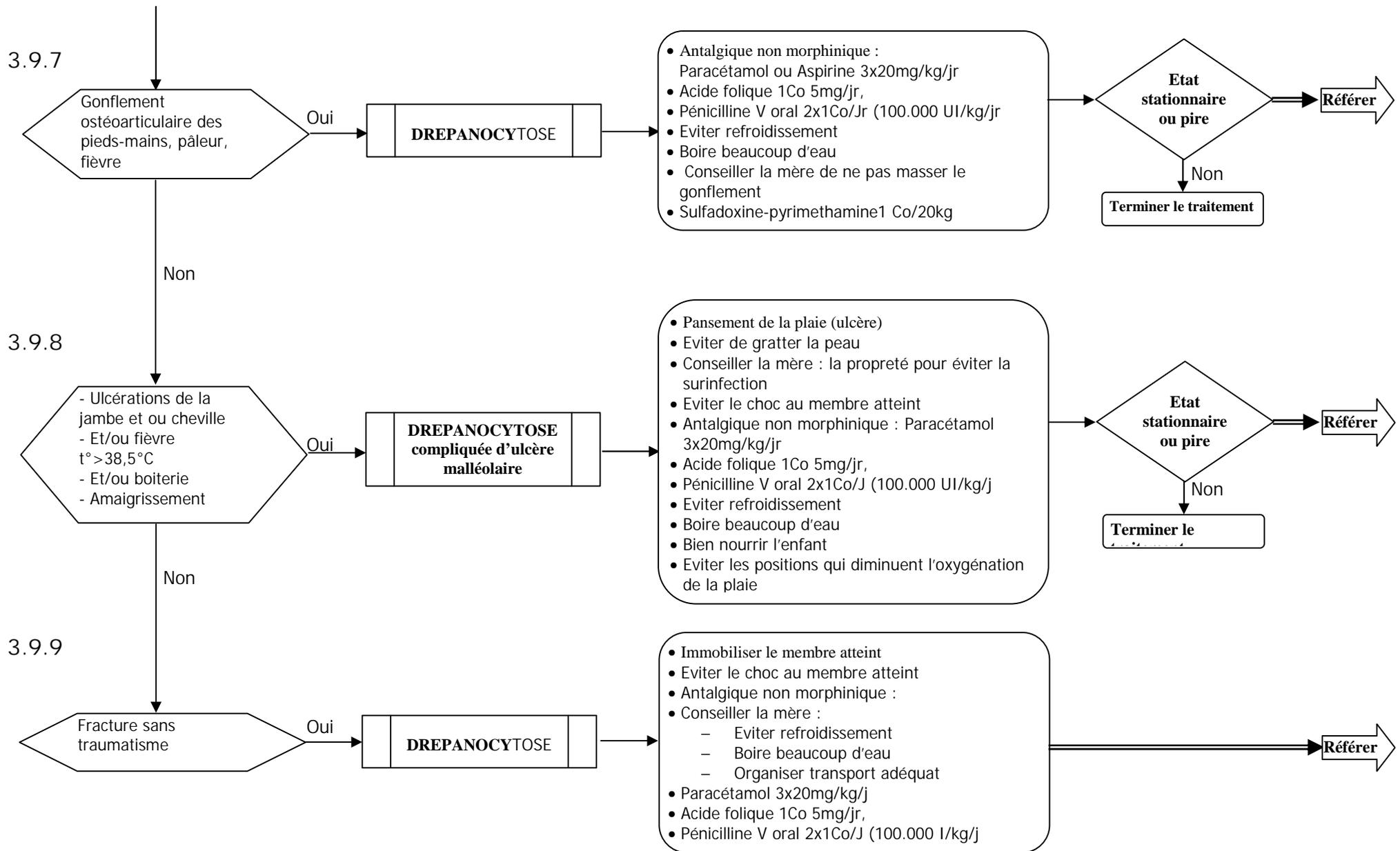
Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA). Si oui, voir ordinogramme correspondant.

3.9.1.





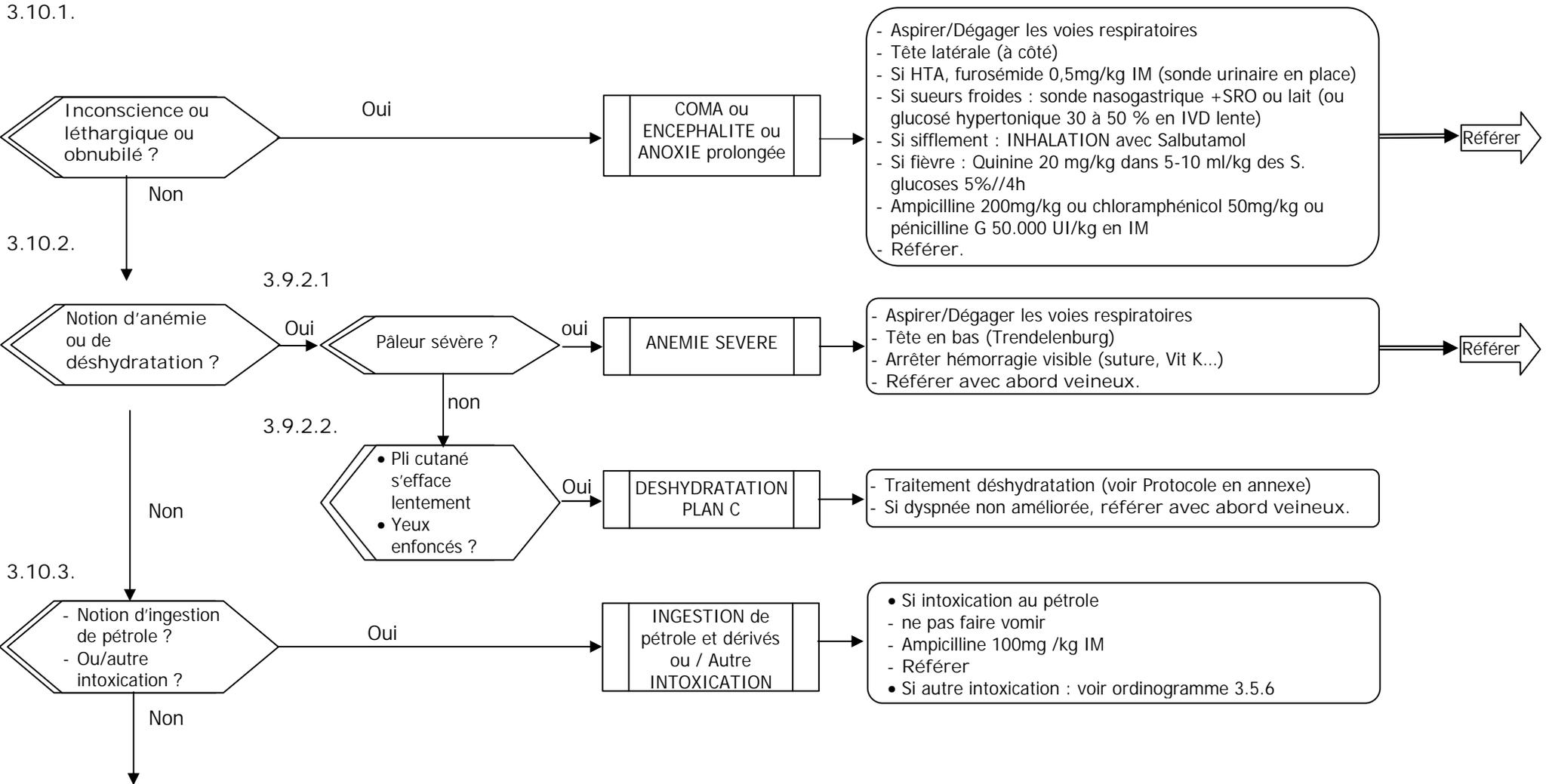


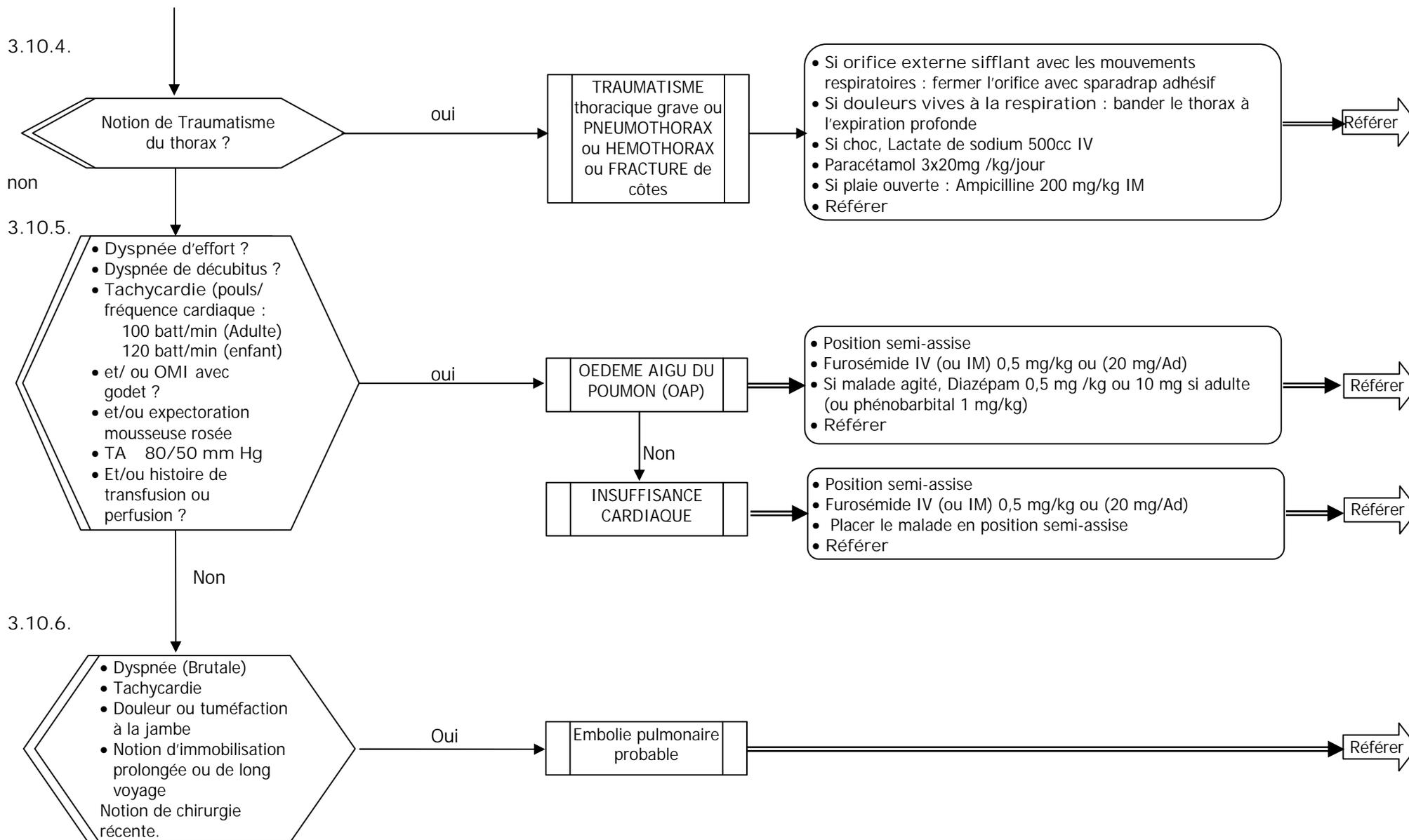


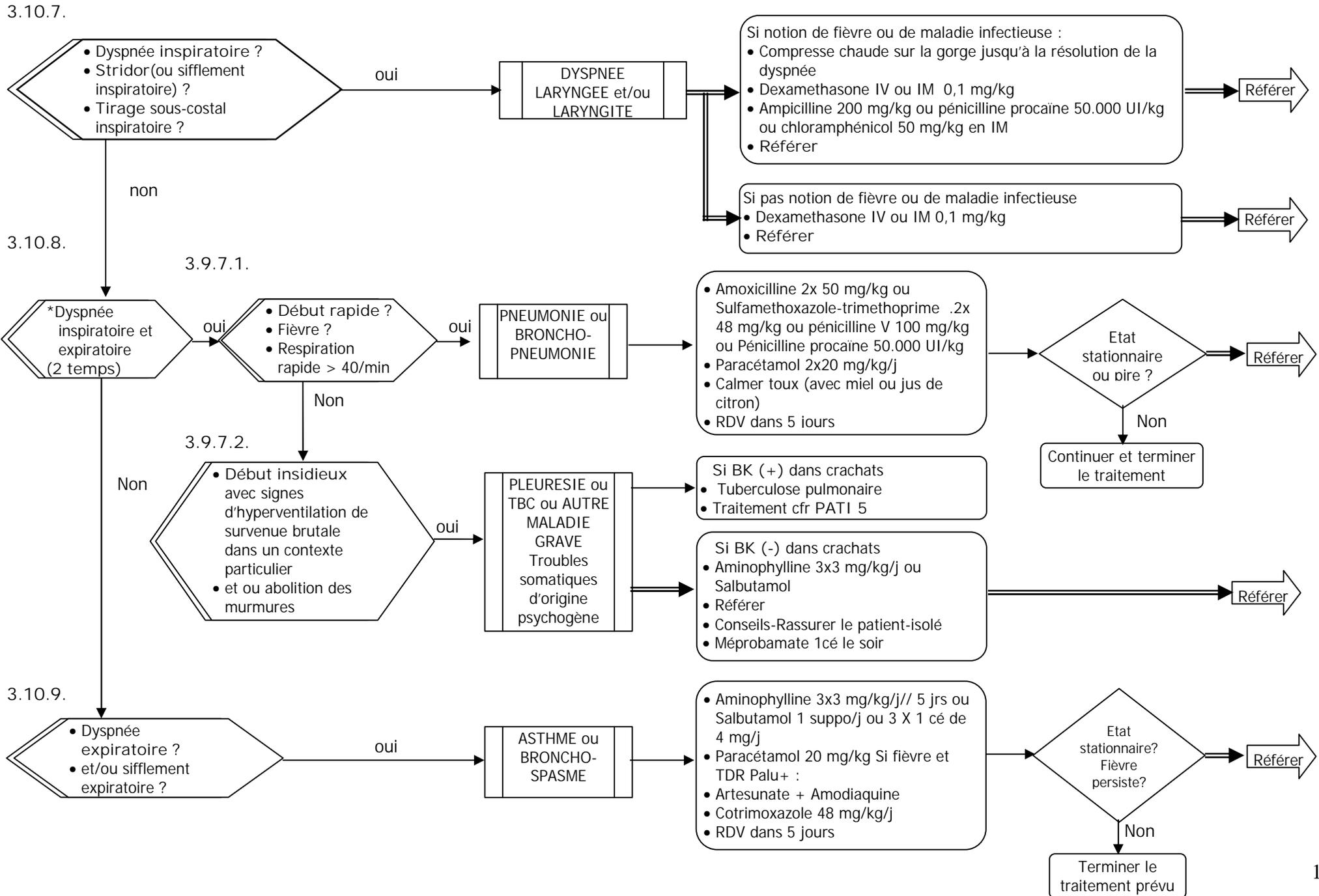
3.10. DYSPNEE CHEZ L'ENFANT > 5 ANS ET L'ADULTE

DEFINITION : La dyspnée est la difficulté de respirer. Elle demeure une urgence dans la mesure où elle ne s'améliore pas ou s'aggrave avec le 1^{er} traitement : dans ce cas, référer en urgence.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou céphalées (Paludisme, THA) 2) Toux au-delà de 15 jours (TBC) 3) Diarrhée
4) Céphalées (Trypanosomiase, HTA)
5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA). Si oui, voir ordinogramme correspondant.
6) Diabète







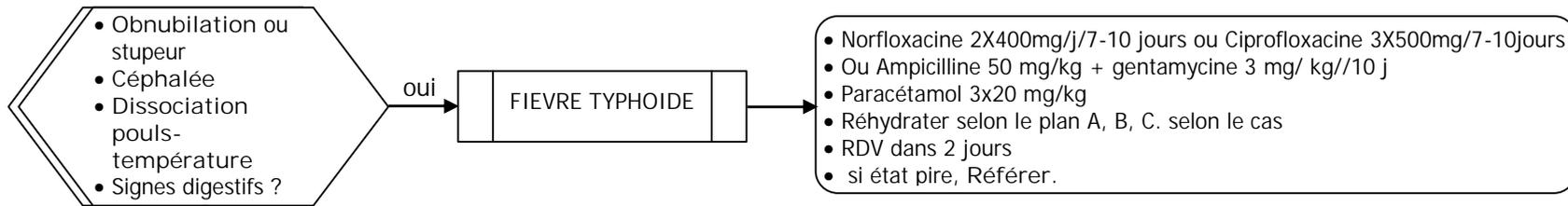
3.11. FIEVRE CHEZ ENFANT > 5 ANS ET L'ADULTE

DEFINITION : Malade adulte présentant une température axillaire > 37,5°C, avec antécédent de fièvre, ou chaud au toucher.

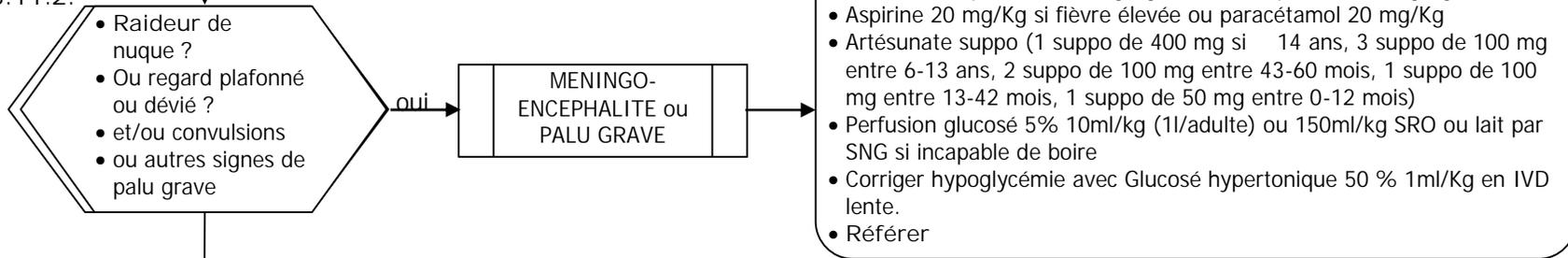
Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et / ou Céphalées (paludisme, THA) 2) signes de gravité de palu (palu grave) : trouble de comportement, convulsion, Somnolence, coma, confusion, asthénie sévère, trouble respiratoire, pâleur grave, Hypotension, ictère, urines rouge 3) Toux (TBC) 4) Diarrhée ,5) Céphalées (Trypanosomiase, HTA) 6) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.

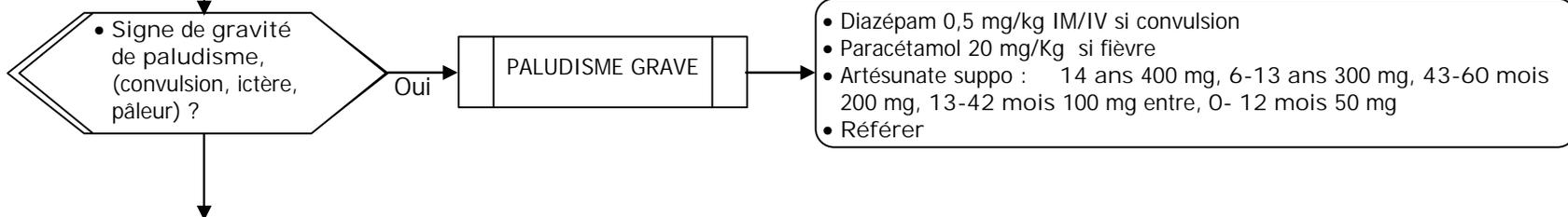
3.11.1.

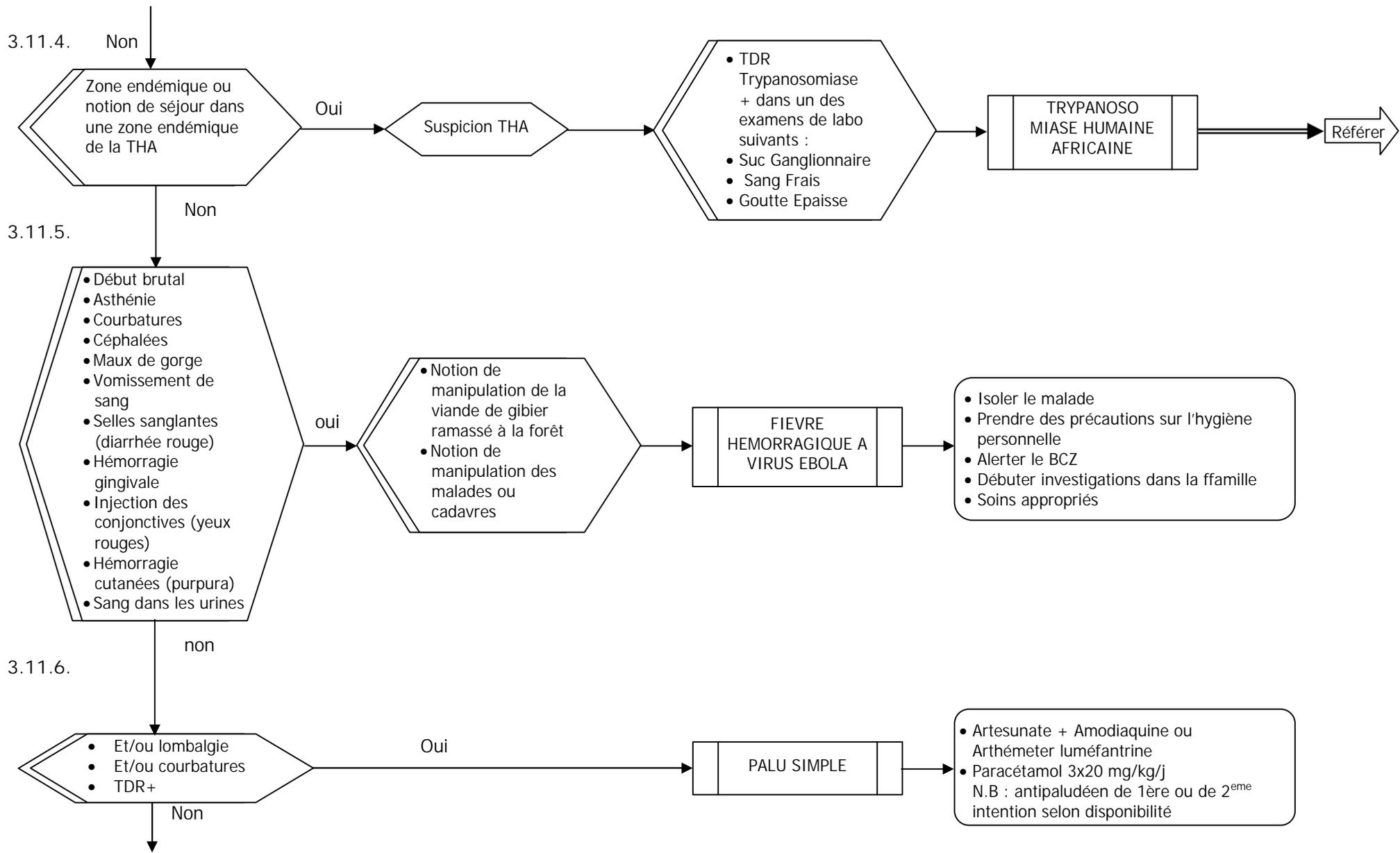


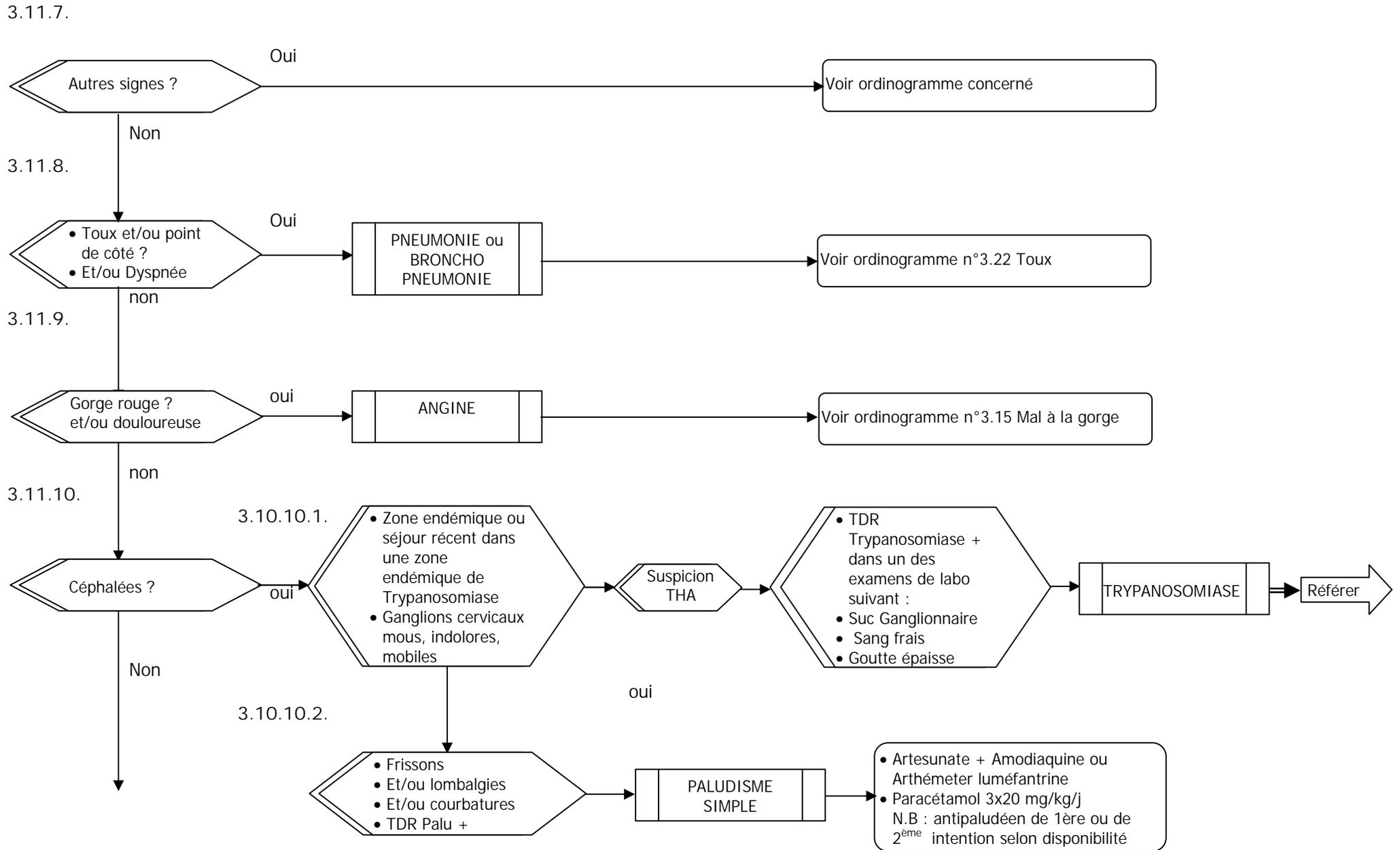
3.11.2.



3.11.3.







3.12. FIEVRE PROLONGEE

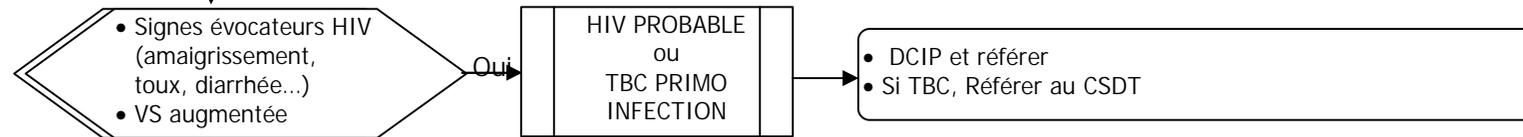
DEFINITION : Fièvre persistante au-delà de 14 jours après avoir appliqué correctement la stratégie FIEVRE.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et /ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA). Si oui, voir ordinogramme correspondant.

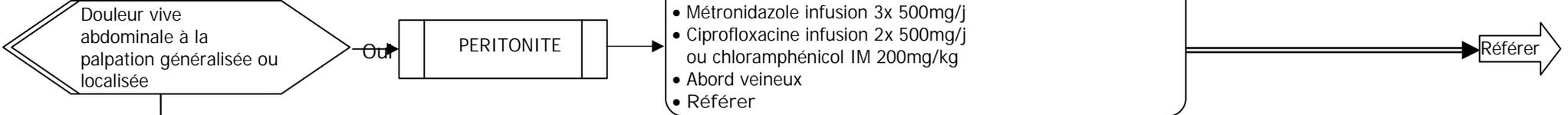
3.12.1.



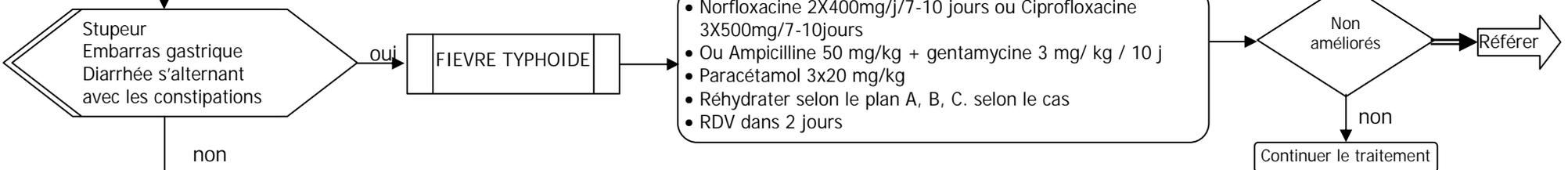
3.12.2.



3.12.3.

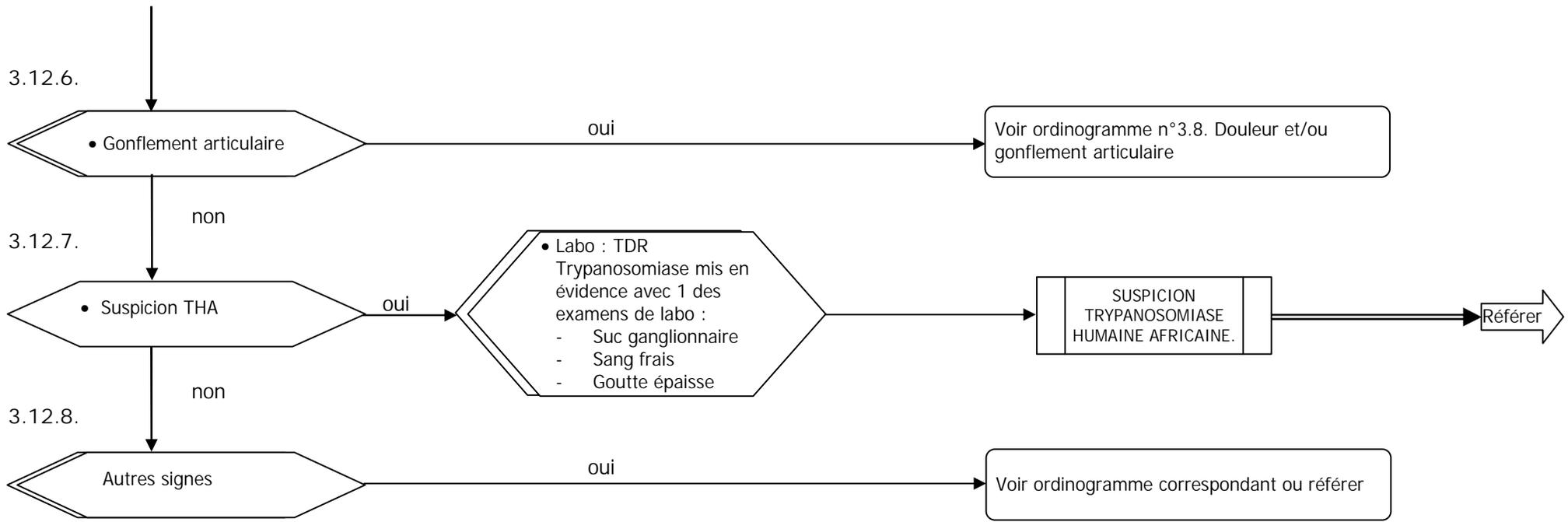


3.12.4.



3.12.5.





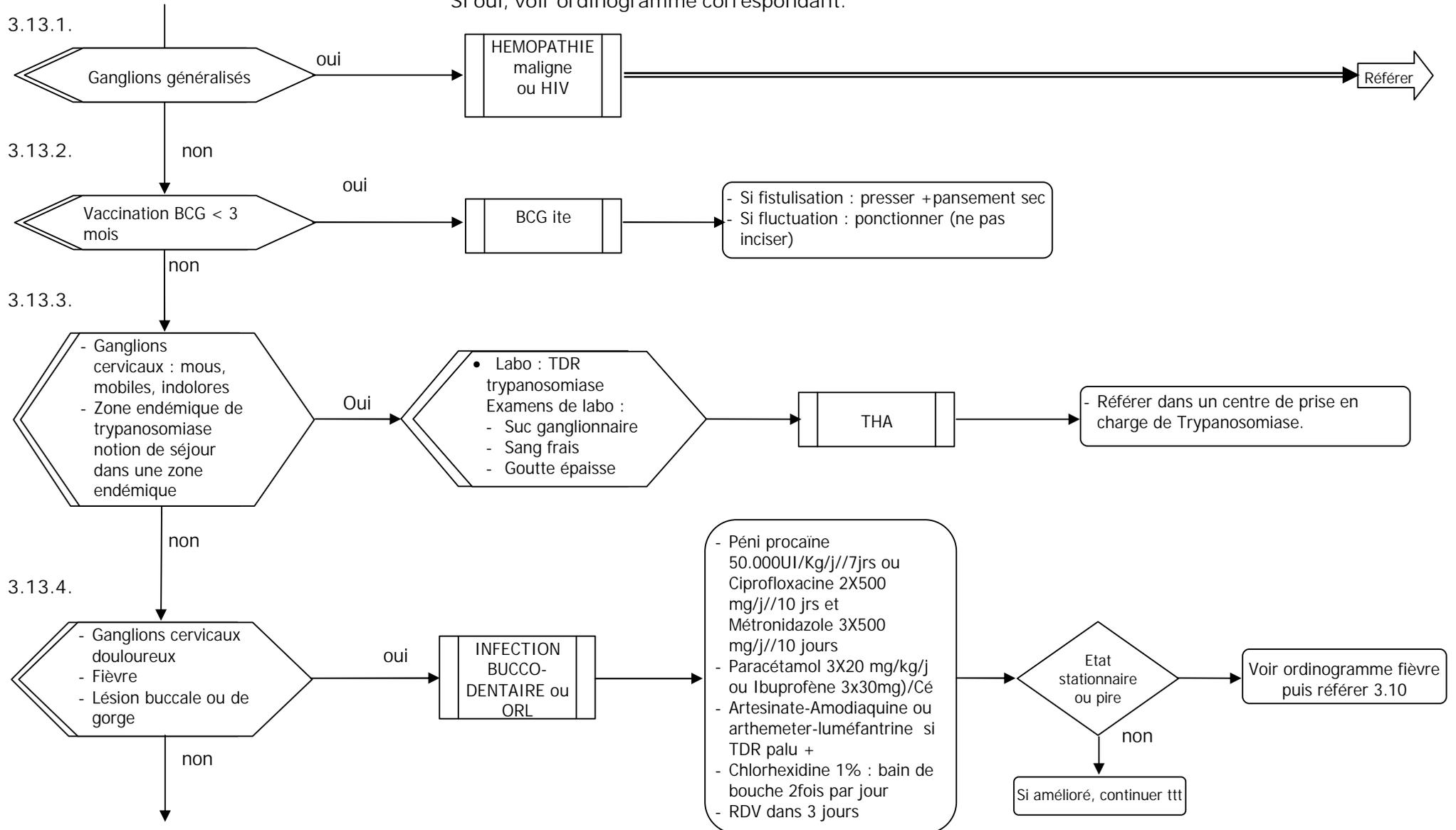
3.13. GONFLEMENT GANGLIONNAIRE

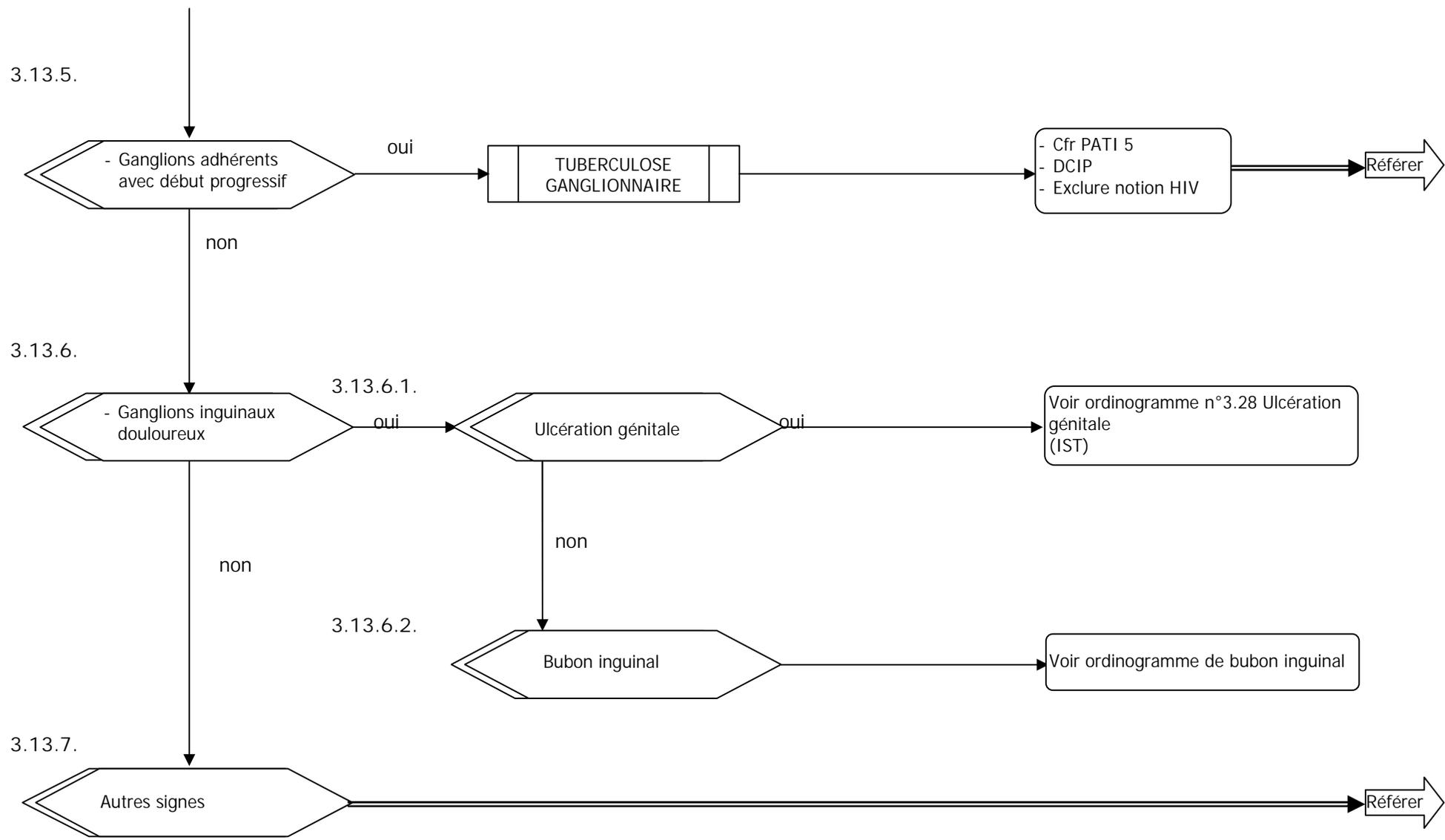
DEFINITION : Gonflement au niveau d'un ou plusieurs ganglions.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA)

5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.



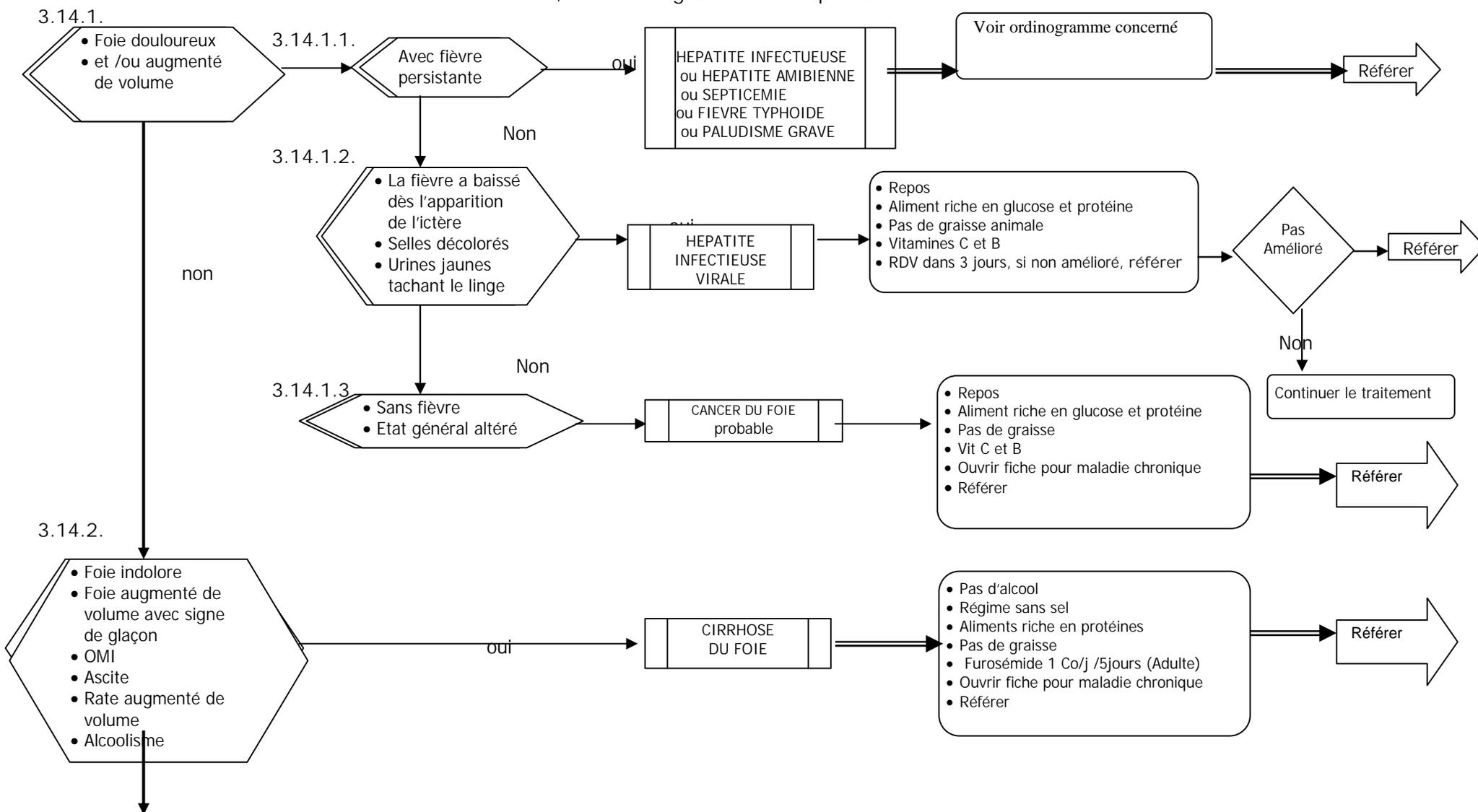


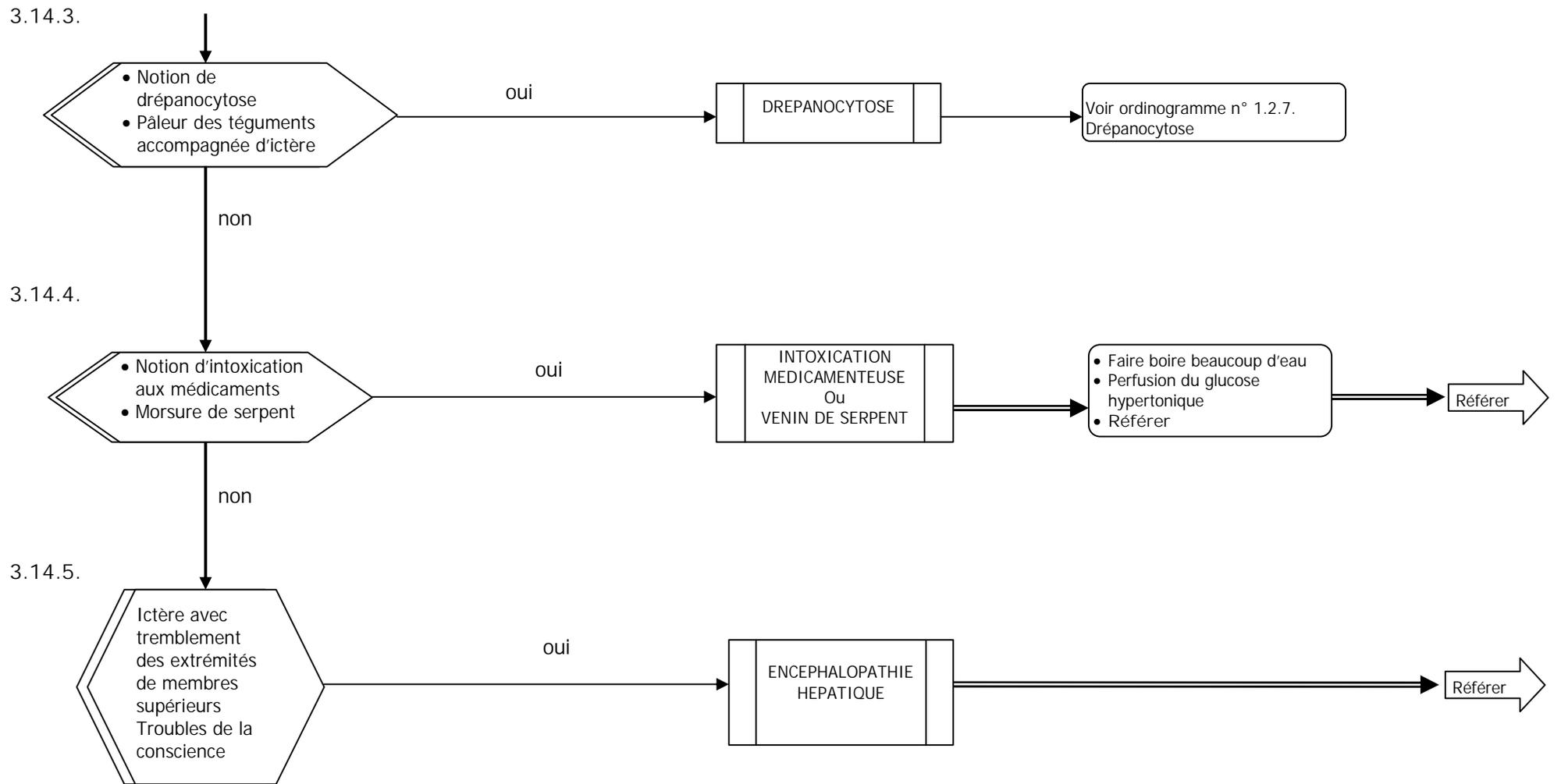
3.14. ICTERE/JAUNISSE CHEZ L'ENFANT > 5 ANS ET L'ADULTE

DEFINITION : Coloration jaune des téguments et des muqueuses.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et /ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.



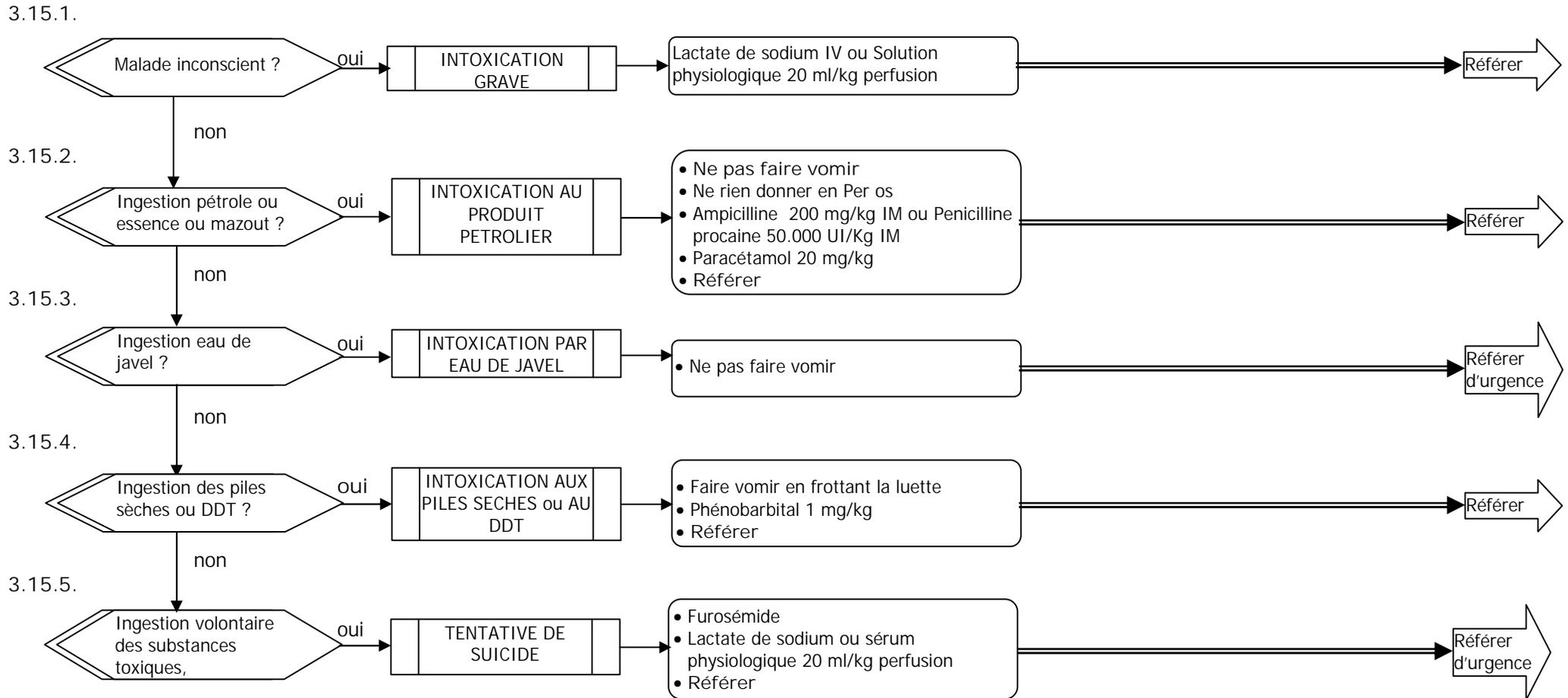


3.15. INTOXICATION

DEFINITION : Introduction volontaire ou non dans l'organisme d'un produit nocif à une dose toxique.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordigramme correspondant.



N.B. : L'observation des malades avec intoxication au Centre de Santé concerne les cas non graves.

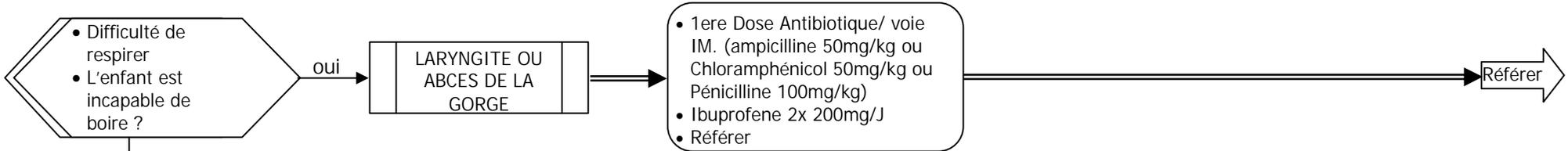
3.16. MAL A LA GORGE

DEFINITION : Le mal à la gorge est la douleur à la gorge accentuée pendant qu'on avale (salive ou aliment).

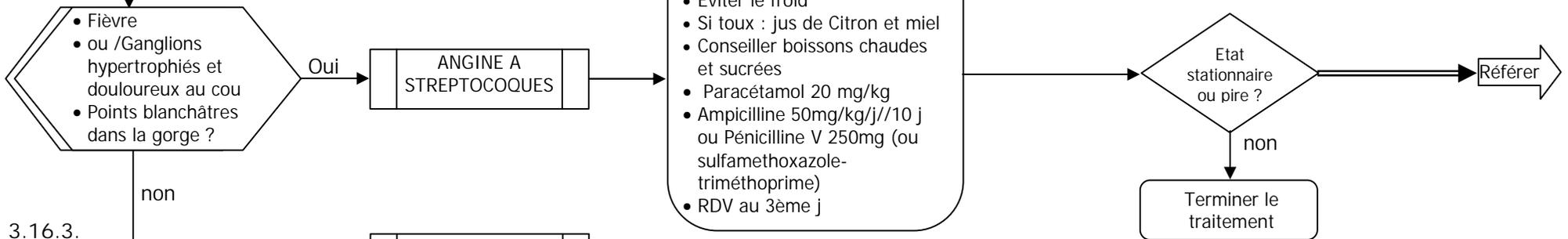
Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée(HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA , THA)

si oui, voir ordinogramme correspondant.

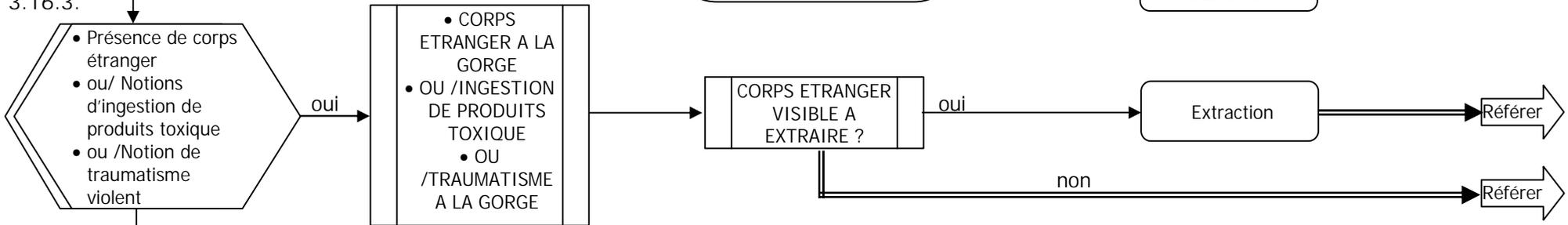
3.16.1.



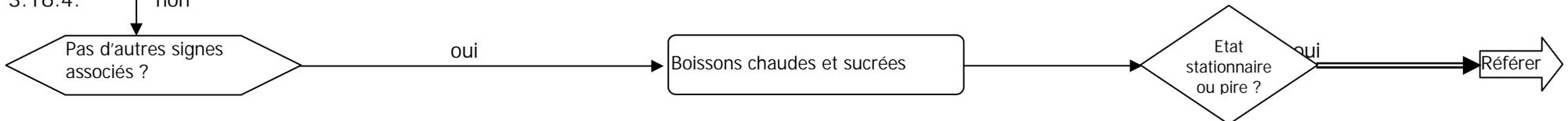
3.16.2.



3.16.3.



3.16.4.

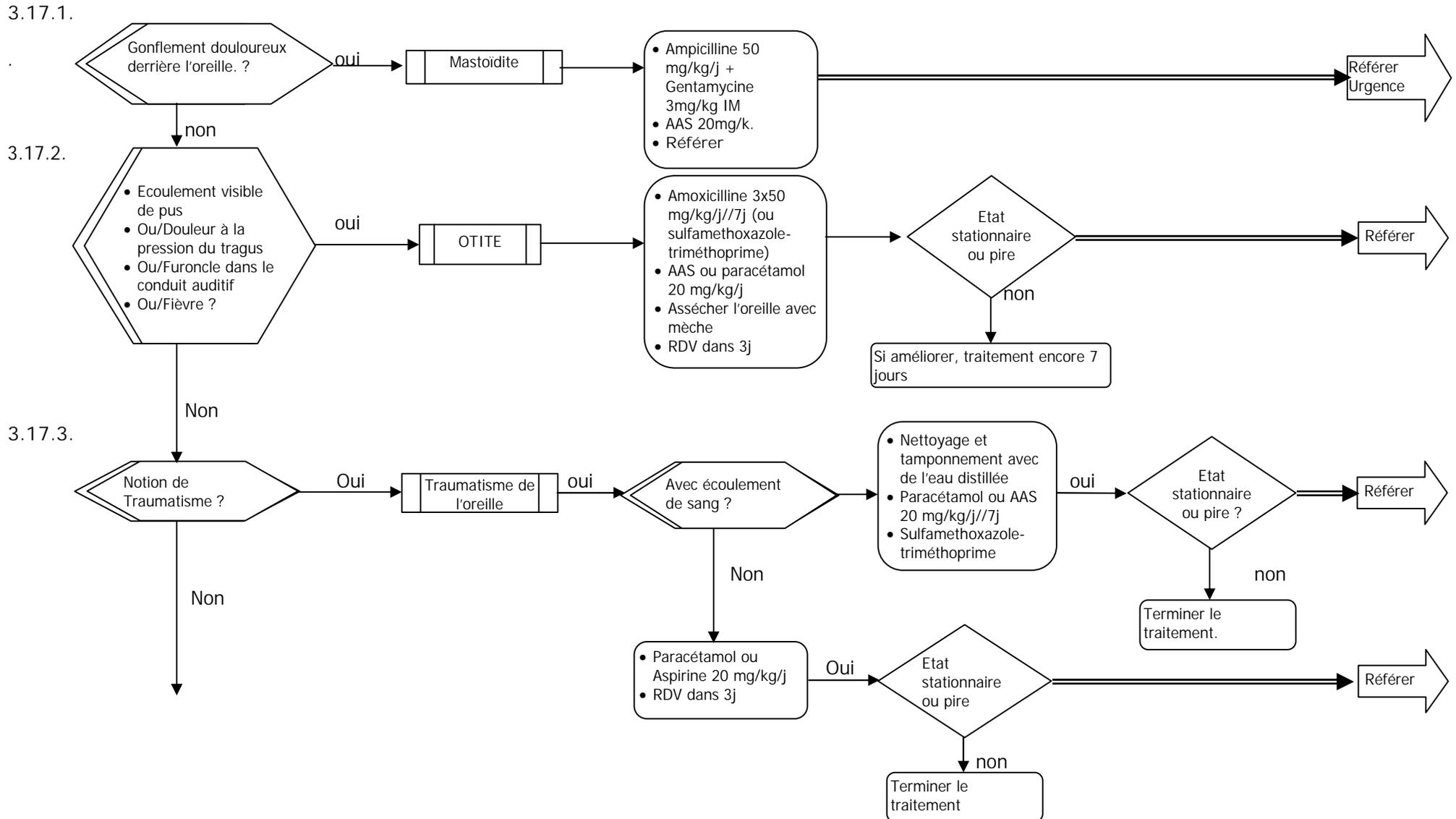


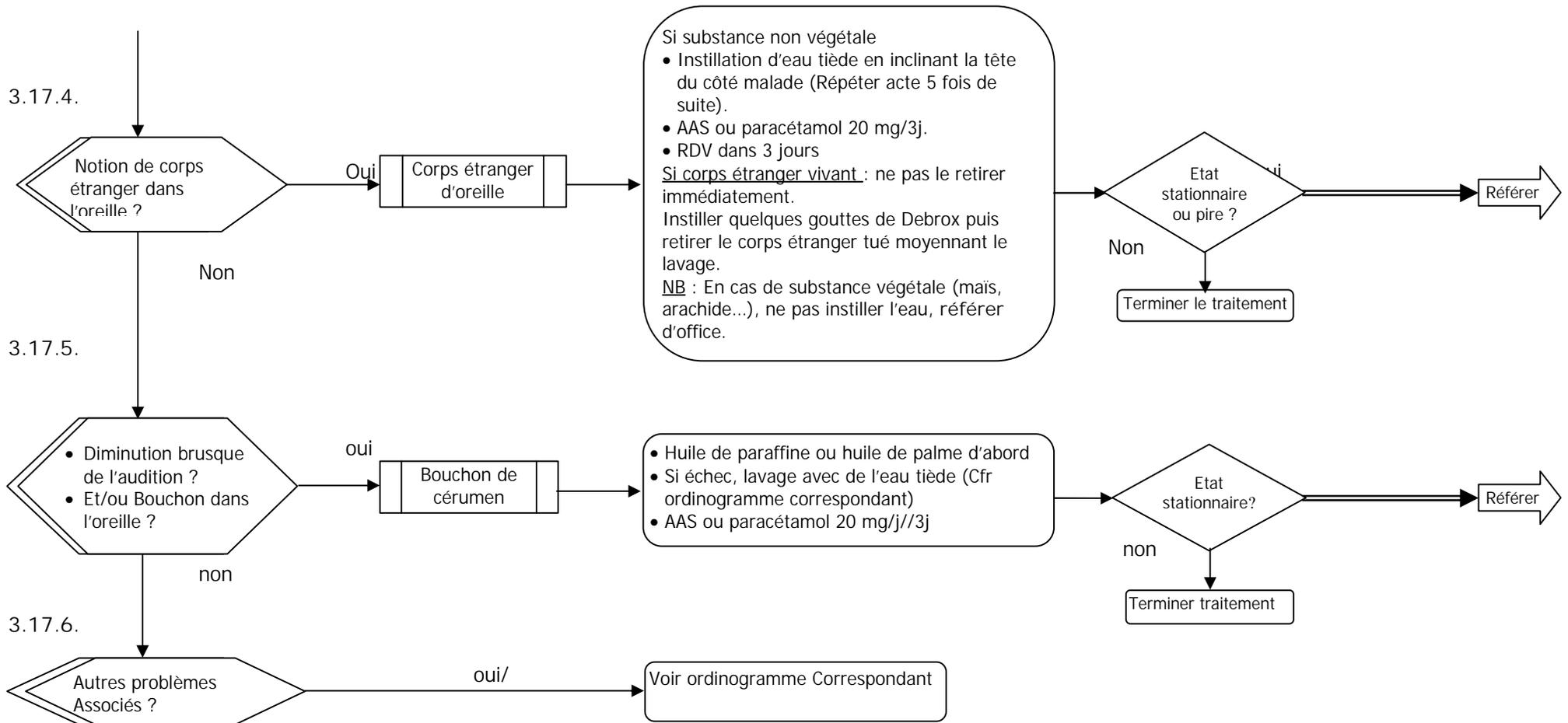
3.17. MAL A L'OREILLE CHEZ L'ENFANT >5 ANS ET L'ADULTE.

Définition : Douleur à l'oreille

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordigramme correspondant.



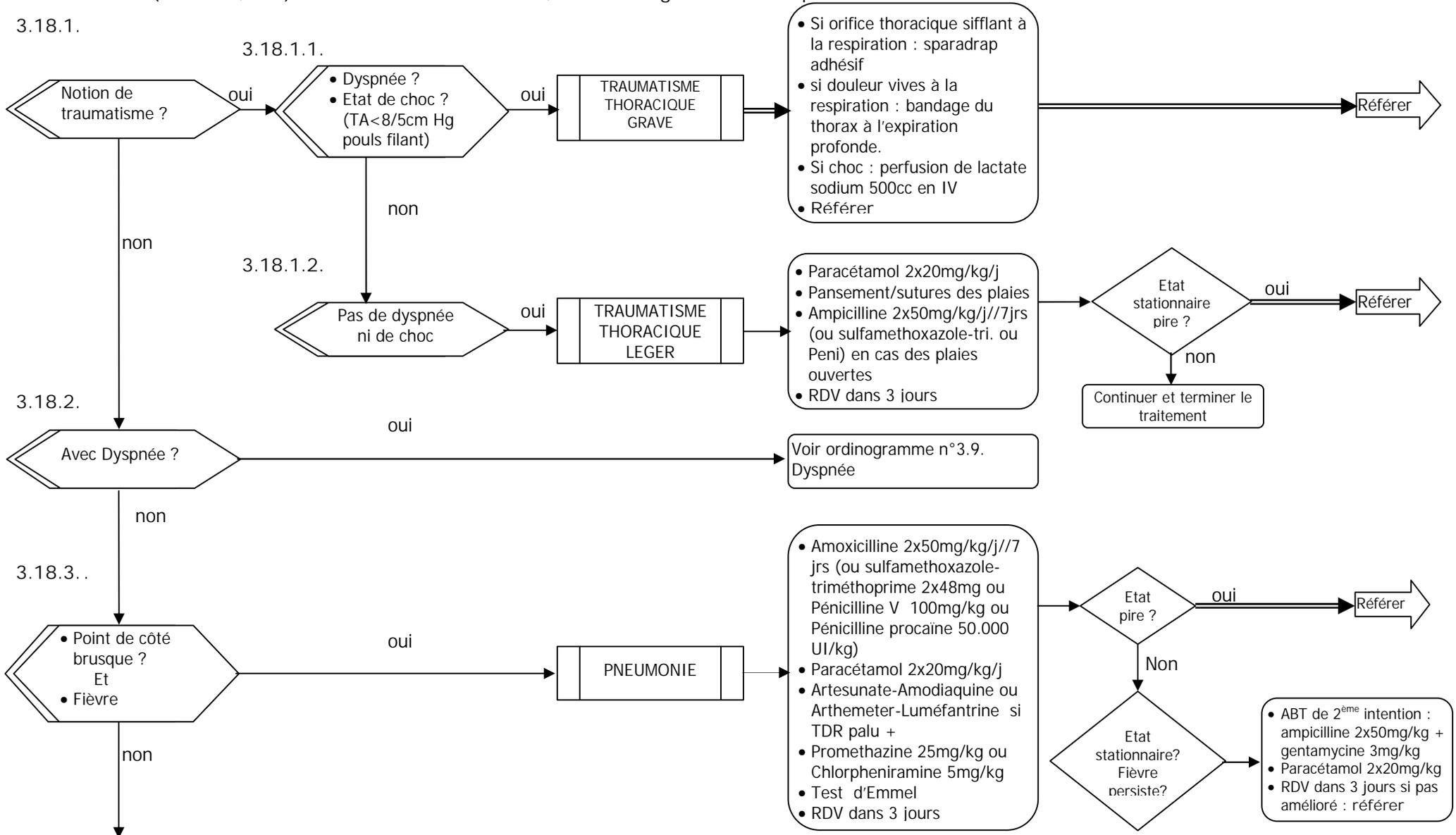


3.18. MAL AU THORAX

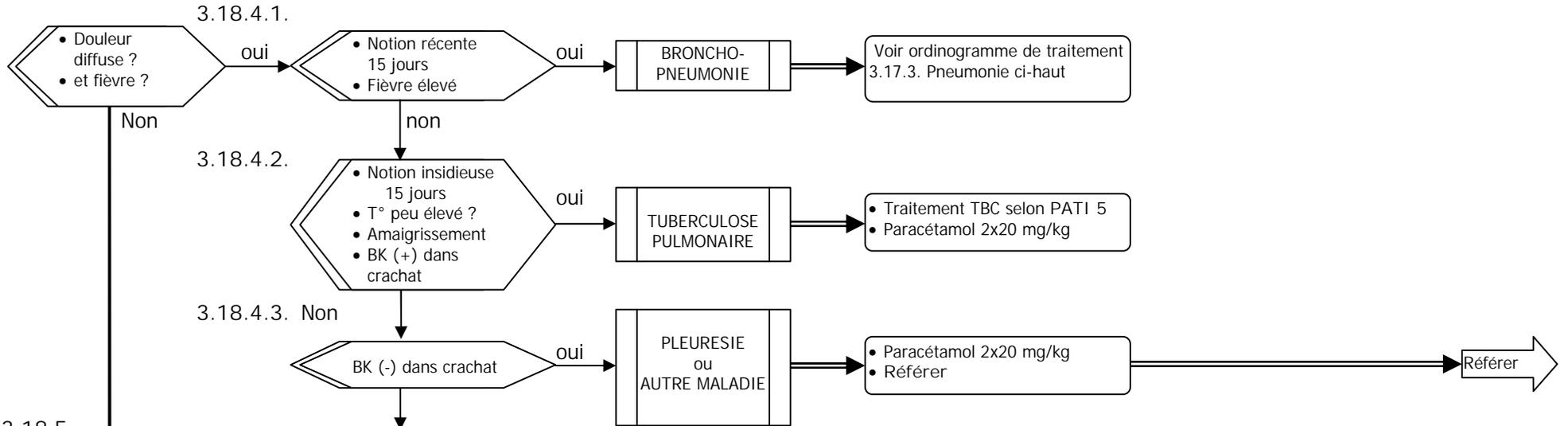
DEFINITION : C'est la douleur au niveau de la poitrine et des côtes.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée(HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).
Si oui, voir ordinogramme correspondant.

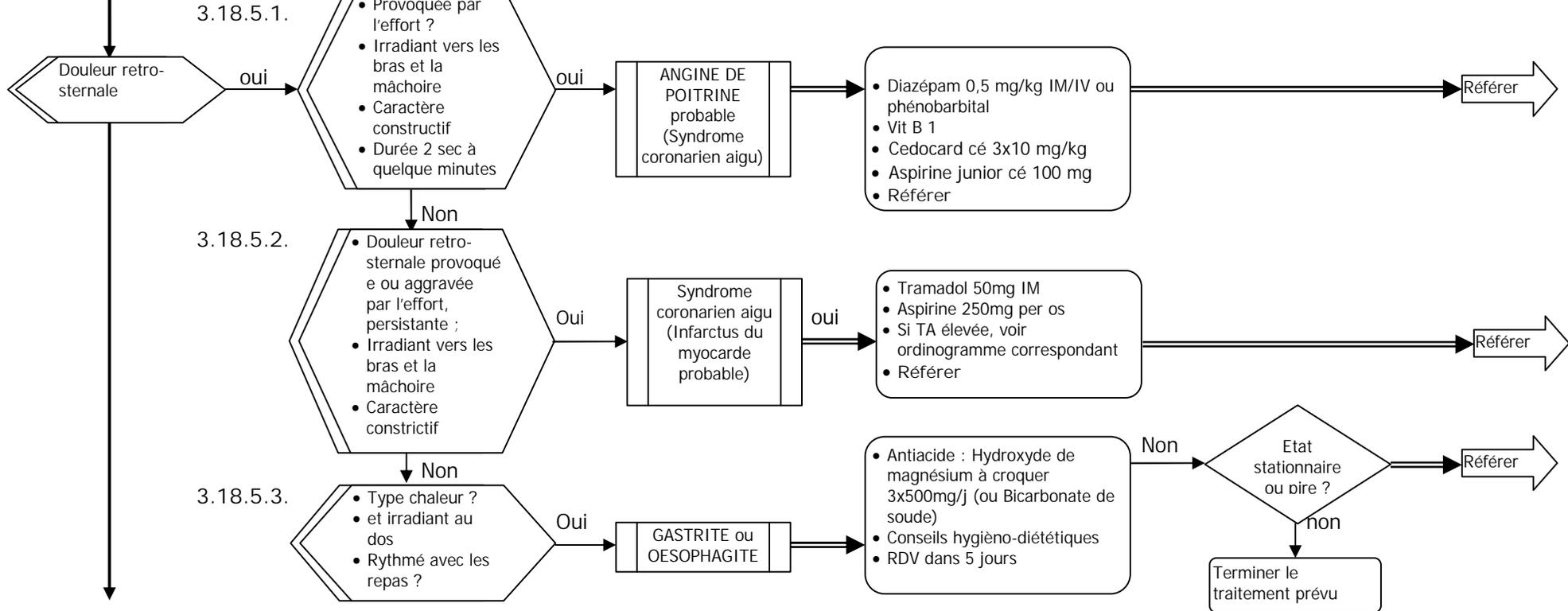
3.18.1.



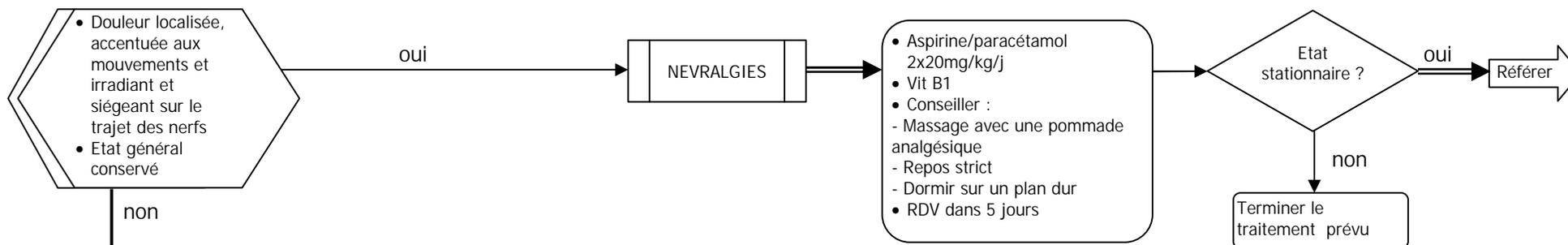
3.18.4.



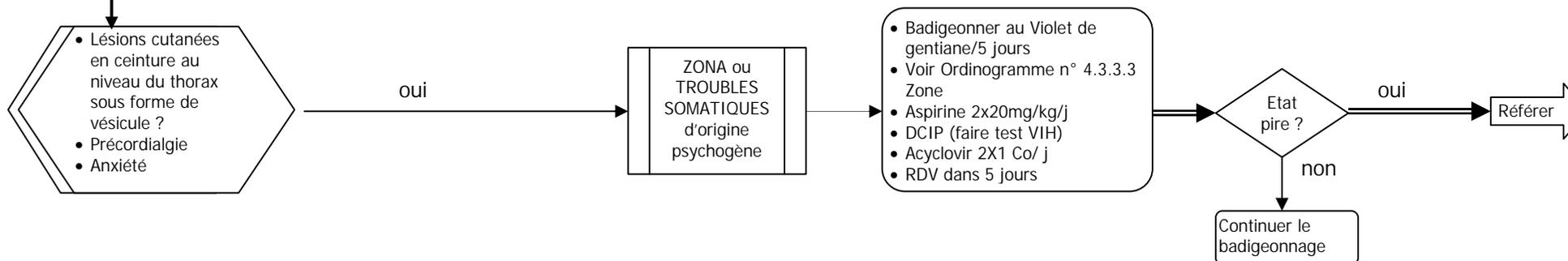
3.18.5.



3.18.6.



3.18.7.



3.19. OEDEMES DES MEMBRES INFERIEURS

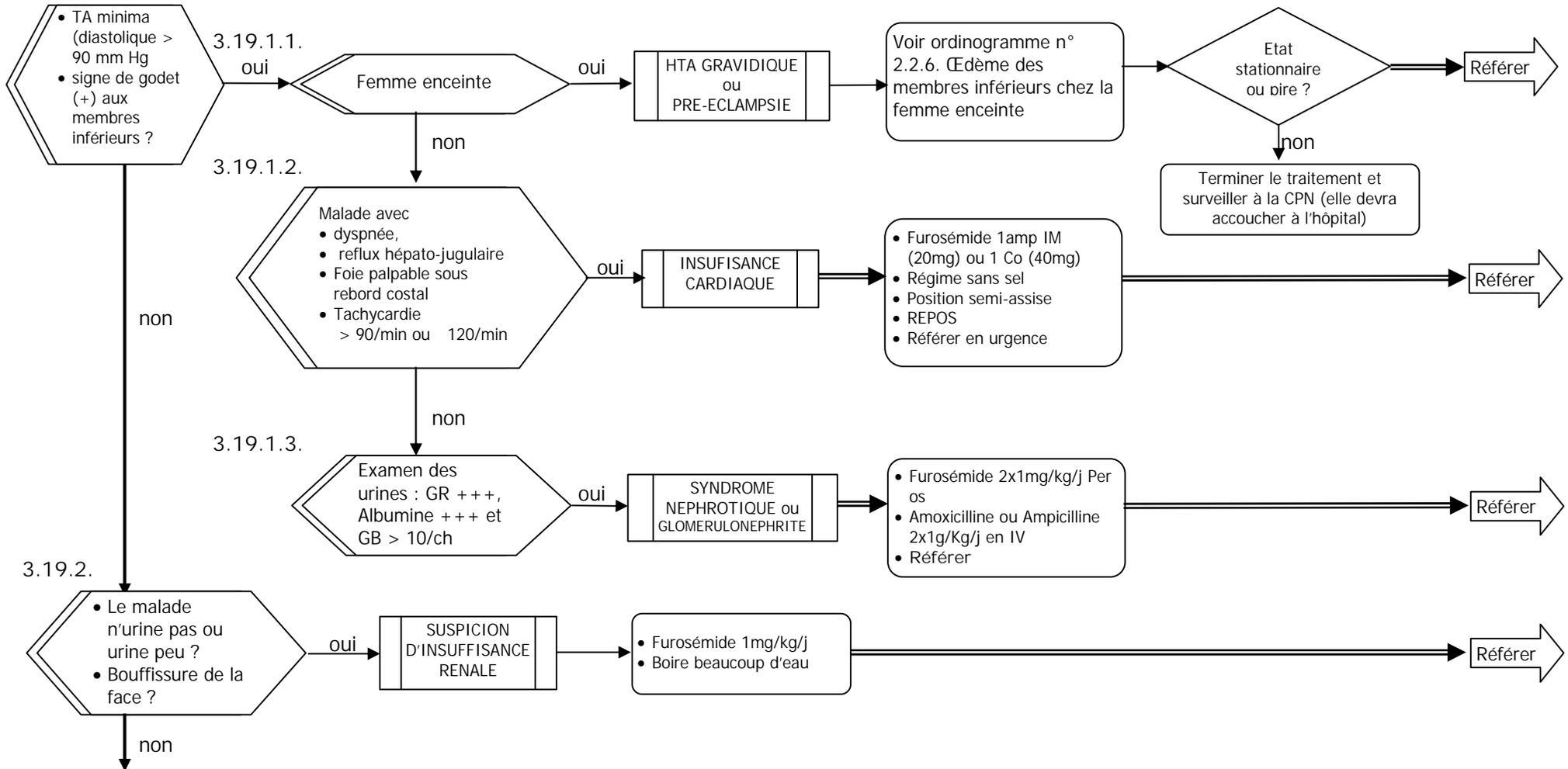
DEFINITION/ Infiltration inflammatoire ou non des tissus sous-cutanés au niveau des membres inférieurs.

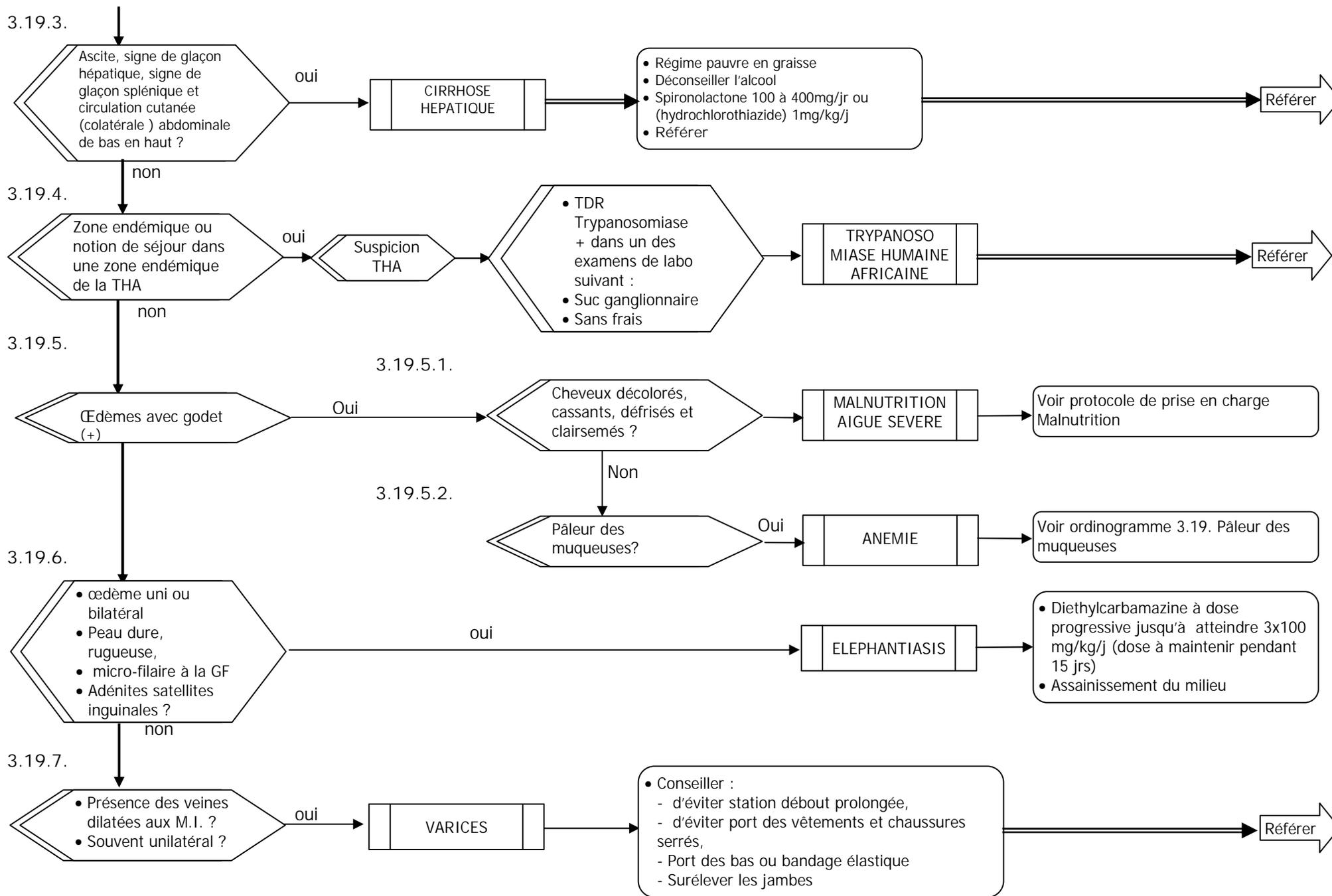
SIGNES DE GRAVITE : TA très élevée, troubles visuels, vomissements, anxiété, malnutrition etc....

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) (HTA)5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.

3.19.1.





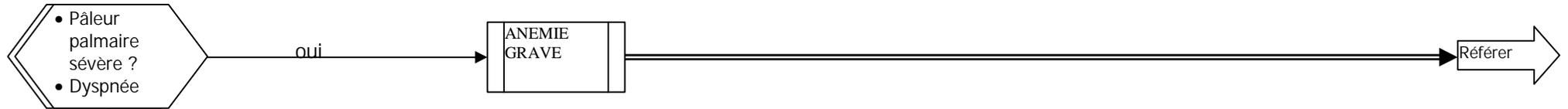
3.20. PALEUR

DEFINITION : Diminution de la coloration rouge des muqueuses et (ou téguments).

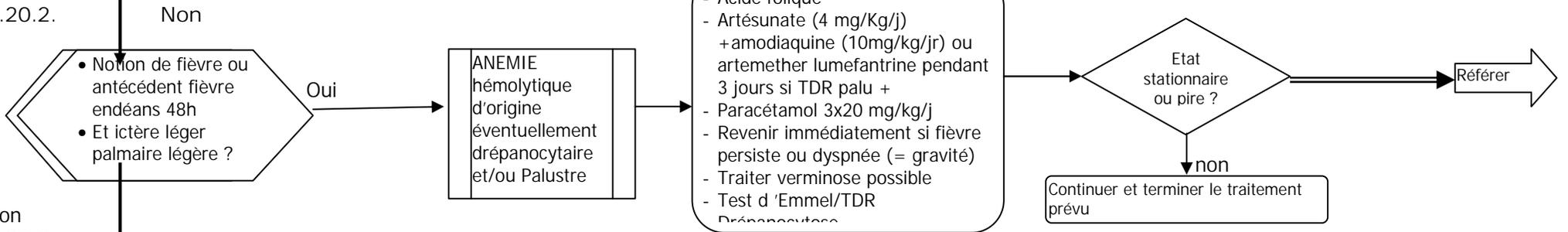
Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.

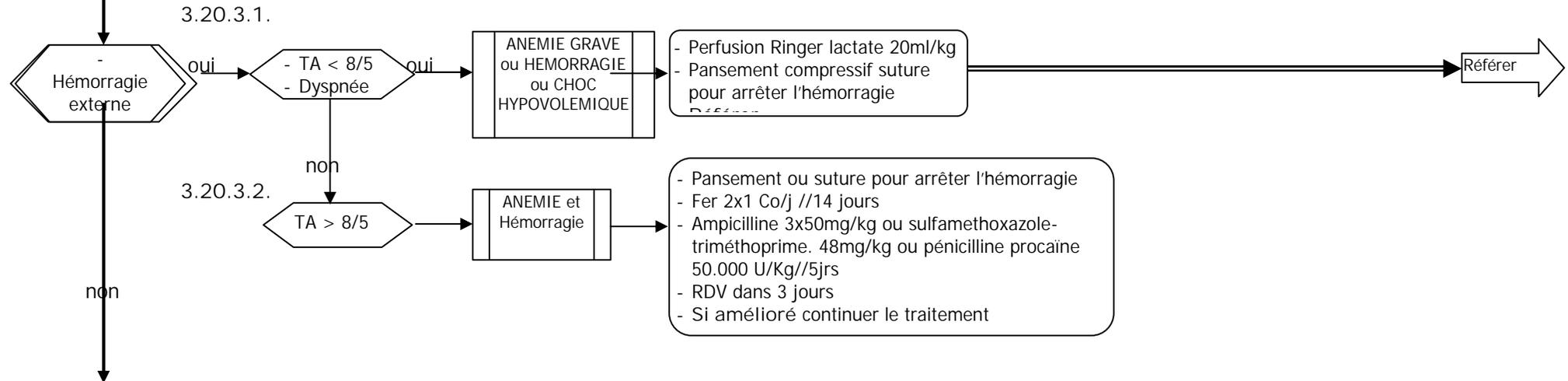
3.20.1.

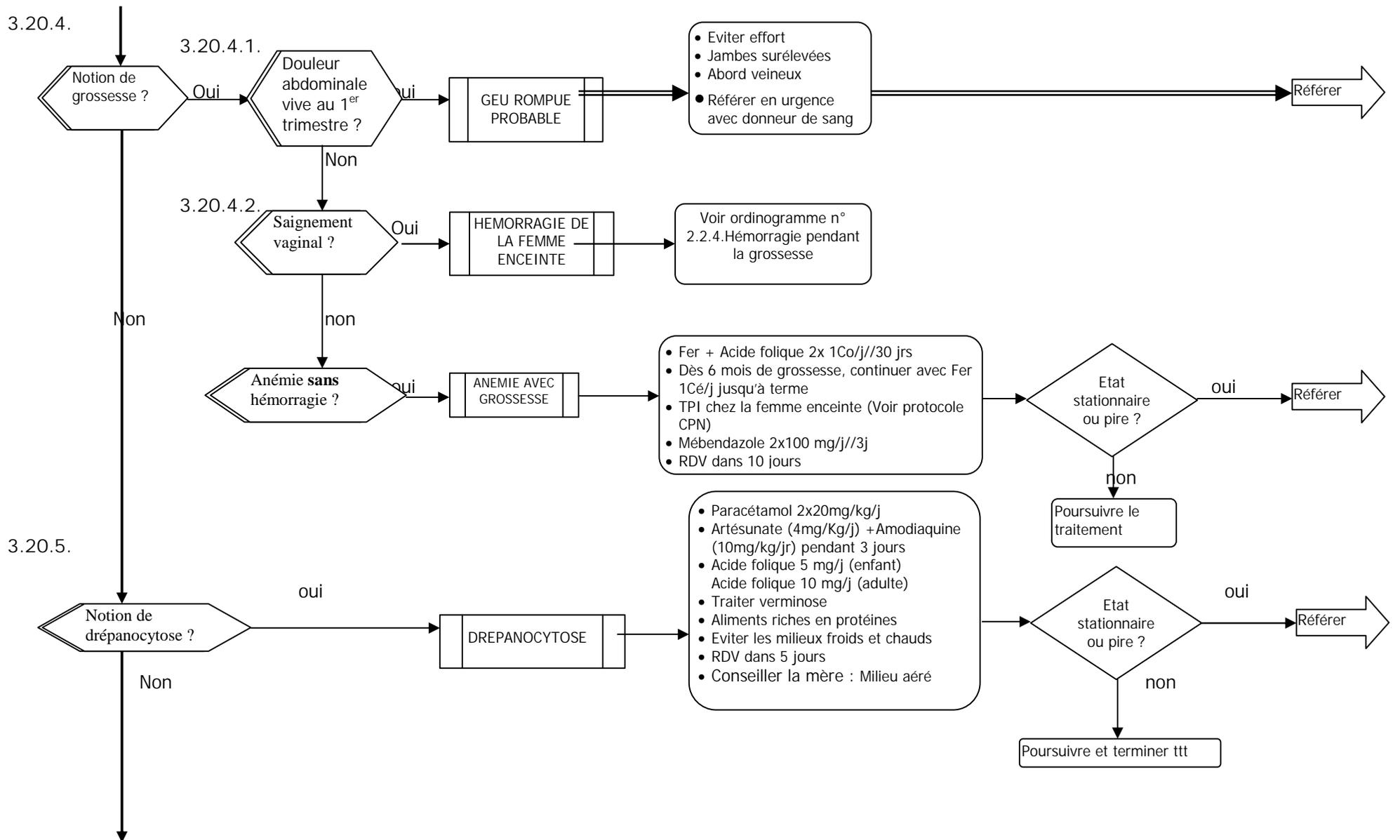


3.20.2.



Non
3.20.3.





3.21. SANG DANS LES SELLES

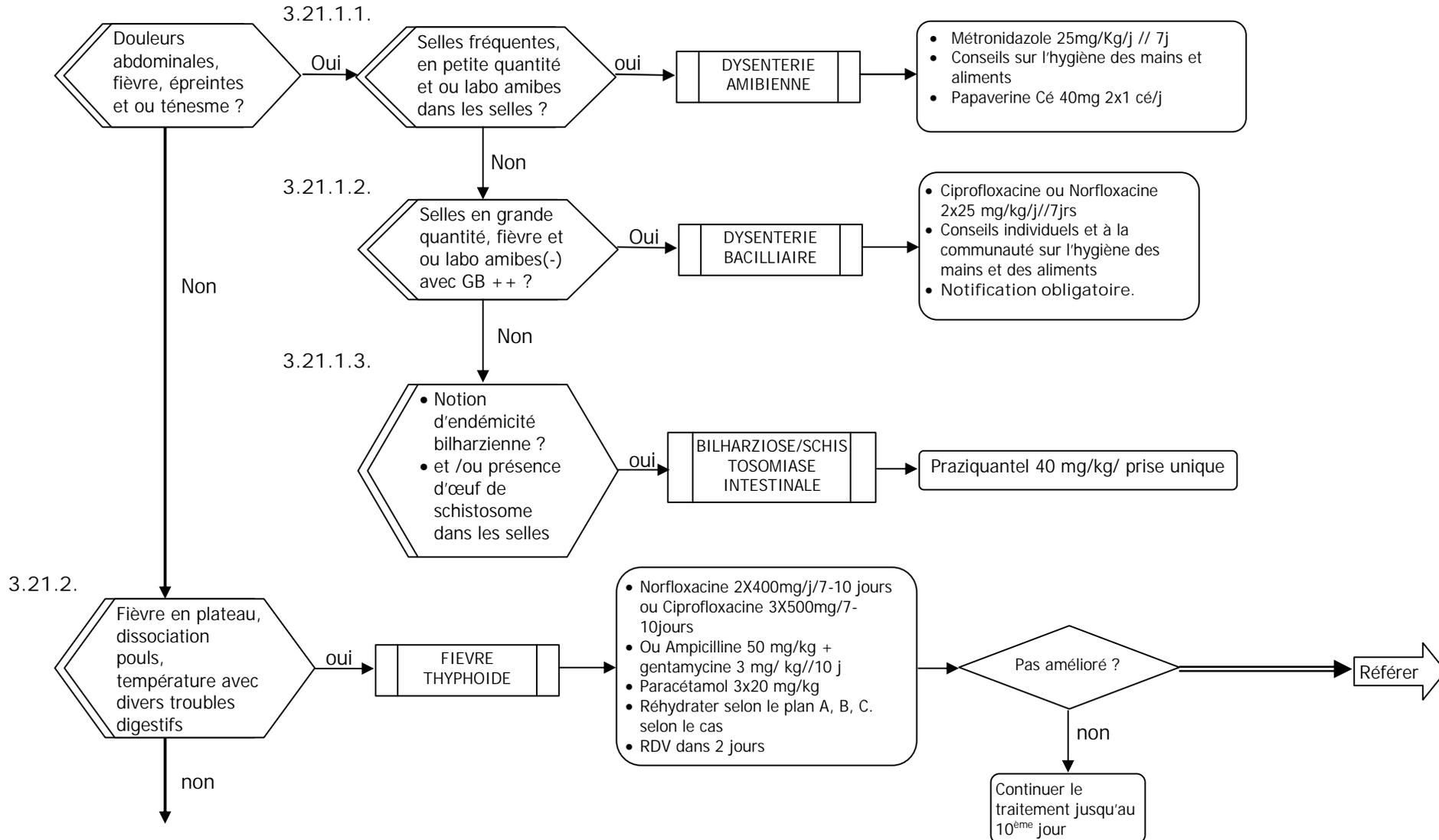
DEFINITION : Présence de sang dans les selles à l'œil nu.

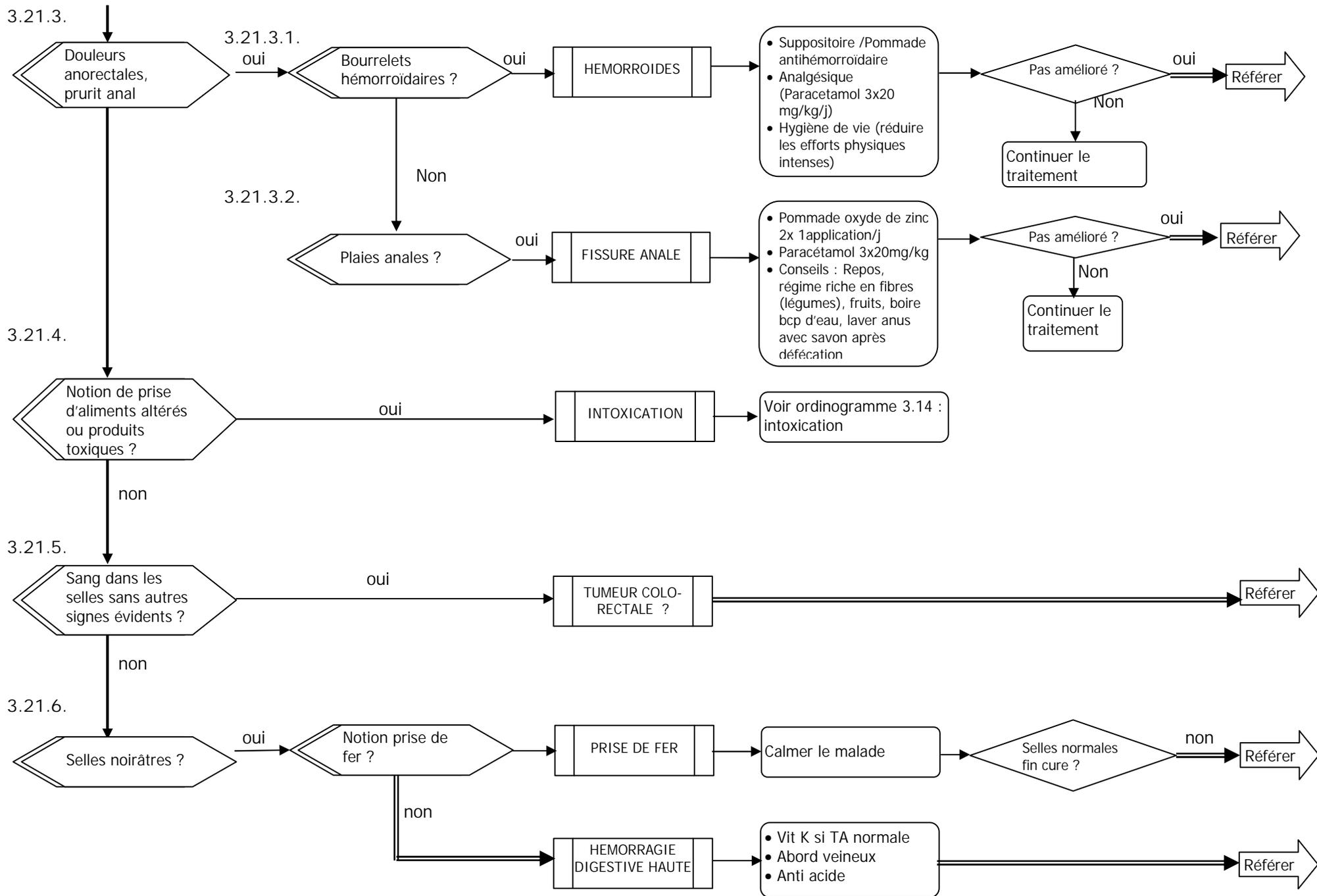
SIGNE DE GRAVITE :

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (Hémorroïde, VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.

3.21.1.



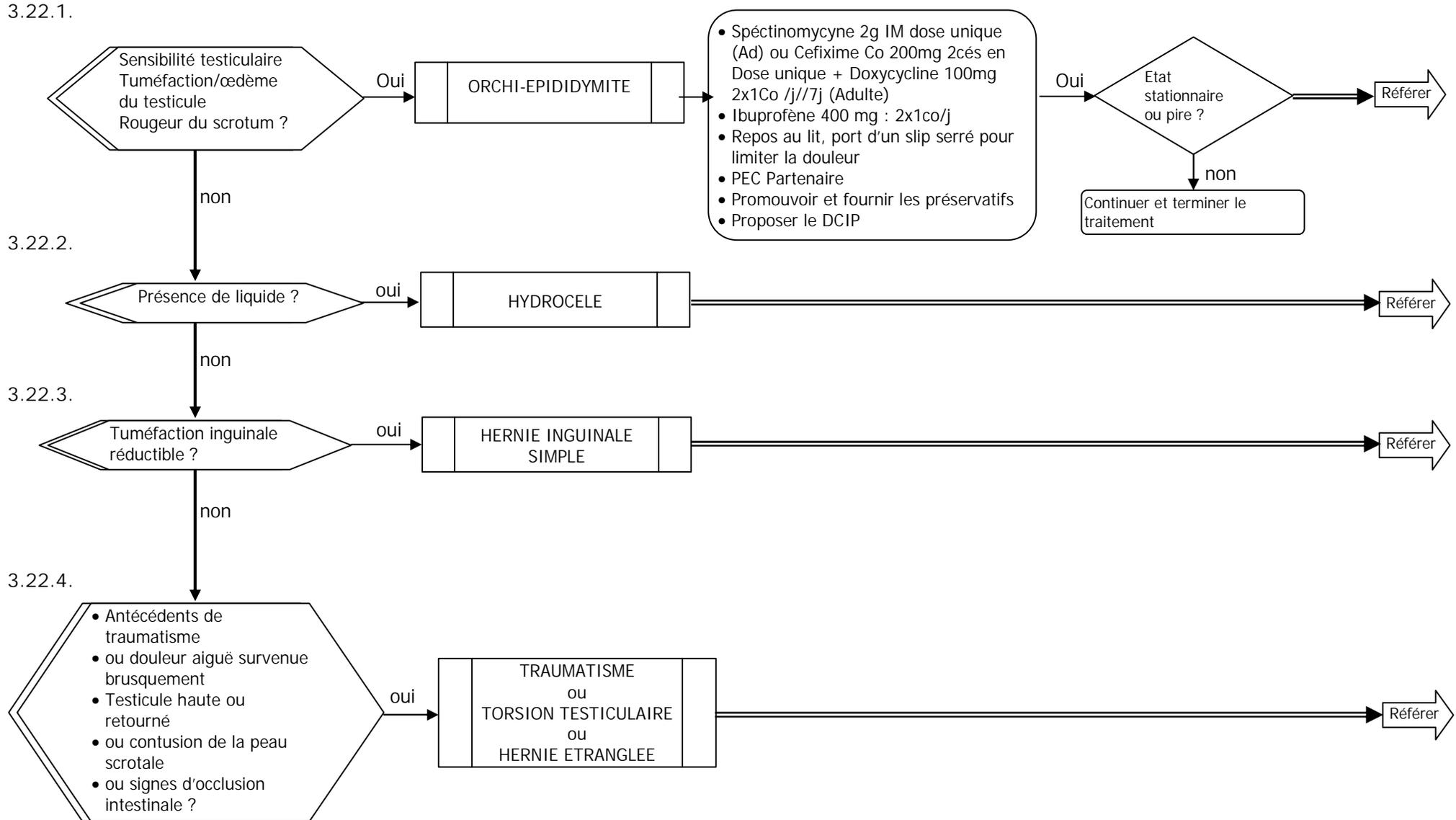


3.22. DOULEURS TESTICULAIRES ET/OU TUMEFACTION SCROTALE

DEFINITION : Augmentation du volume de scrotum avec ou sans douleur.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordigramme correspondant.

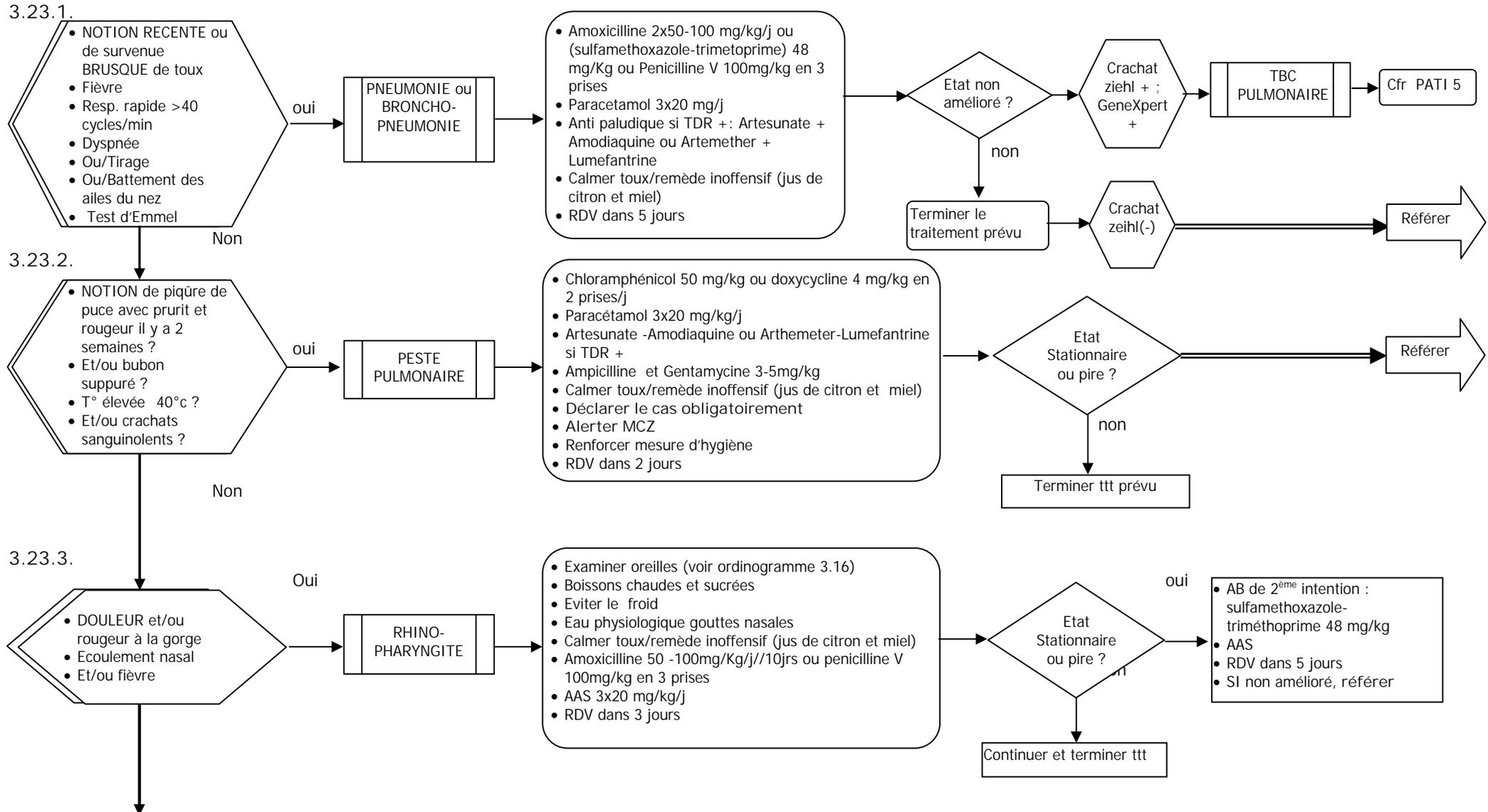


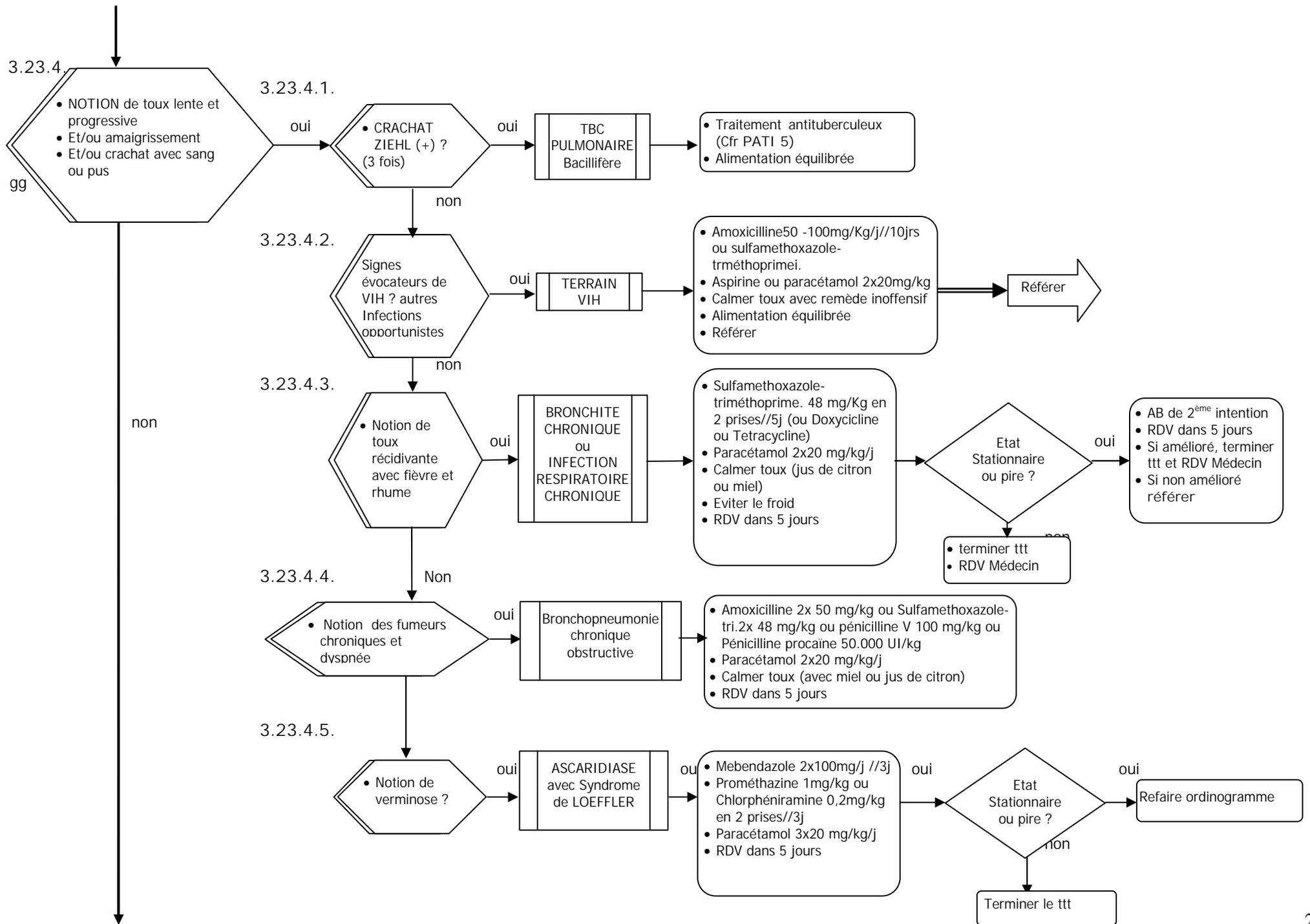
3.23. TOUX CHEZ L'ENFANT > 5 ANS ET L'ADULTE

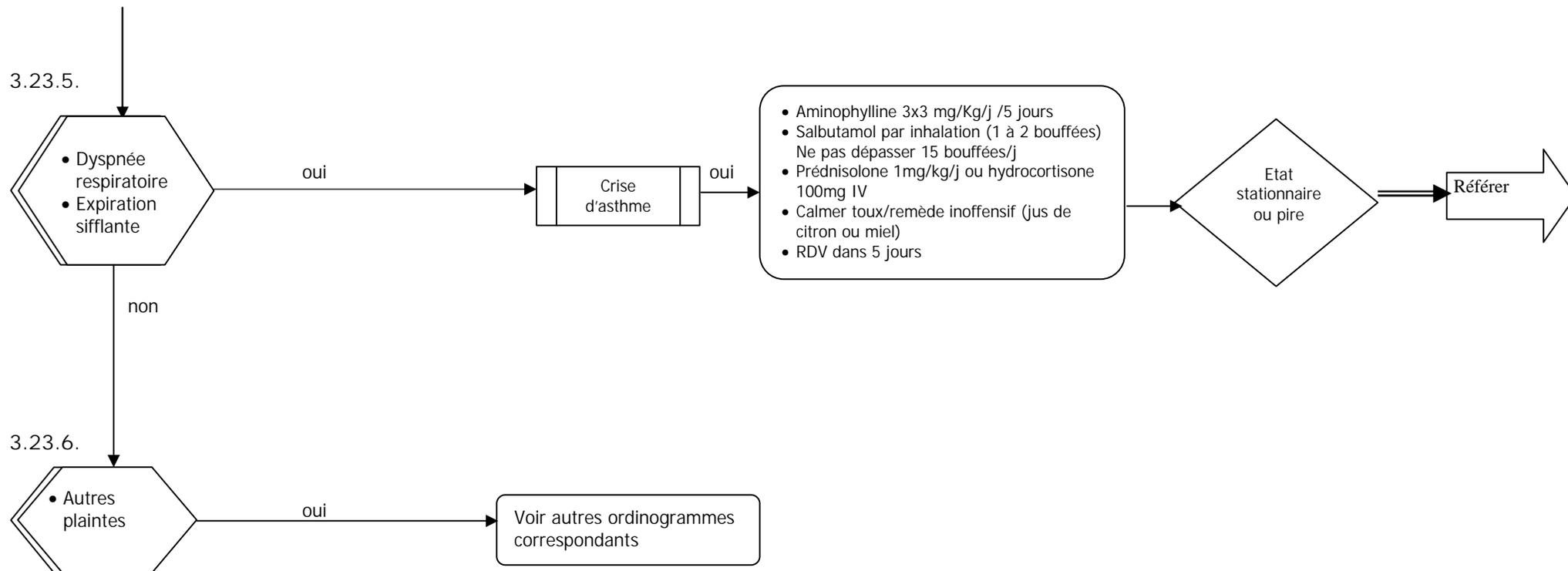
Définitions :- La toux est un réflexe pulmonaire de dégagement caractérisé par une secousse expiratoire brusque et déclenché par l'irritation des voies respiratoires.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordiogramme correspondant.





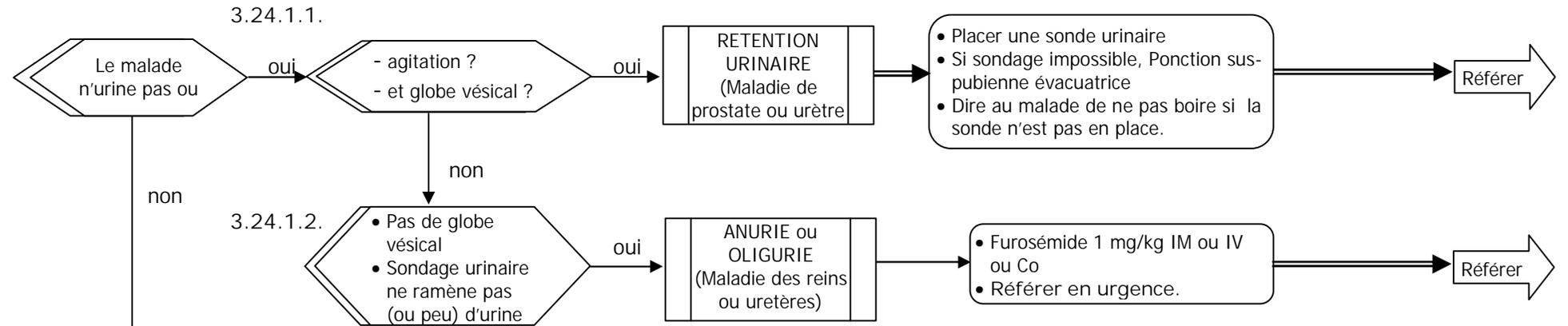


3.24. TROUBLES URINAIRES.

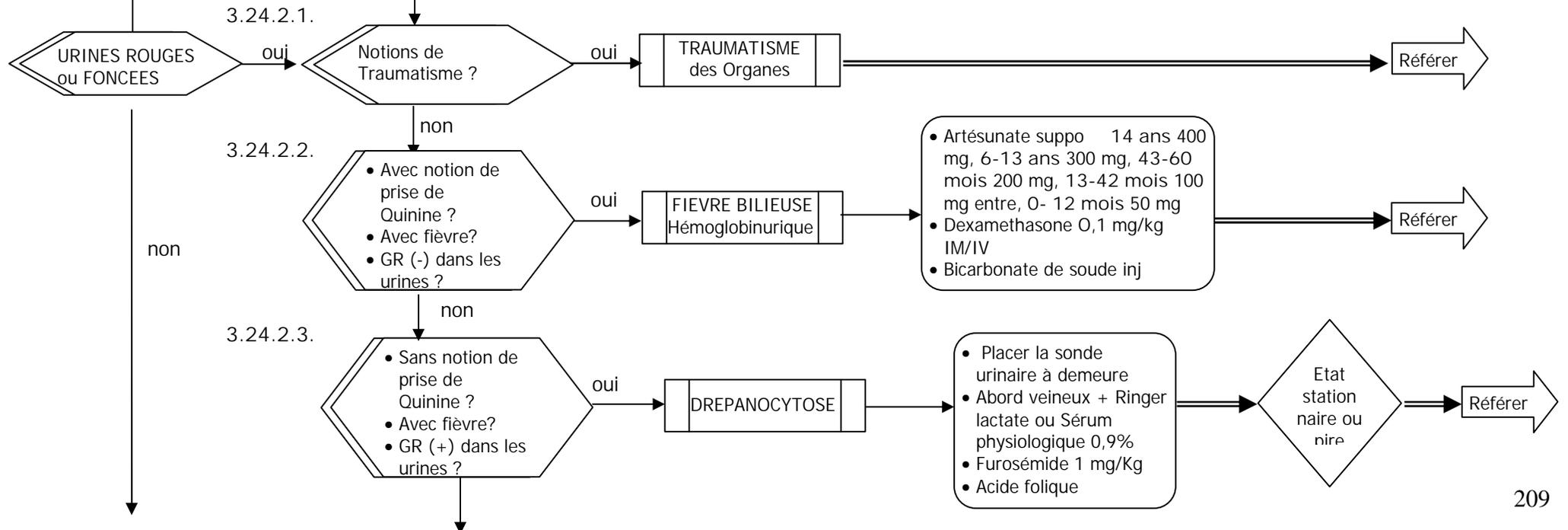
Définition : Ce sont les anomalies liées à la sécrétion, à l'excrétion et à la composition des urines.

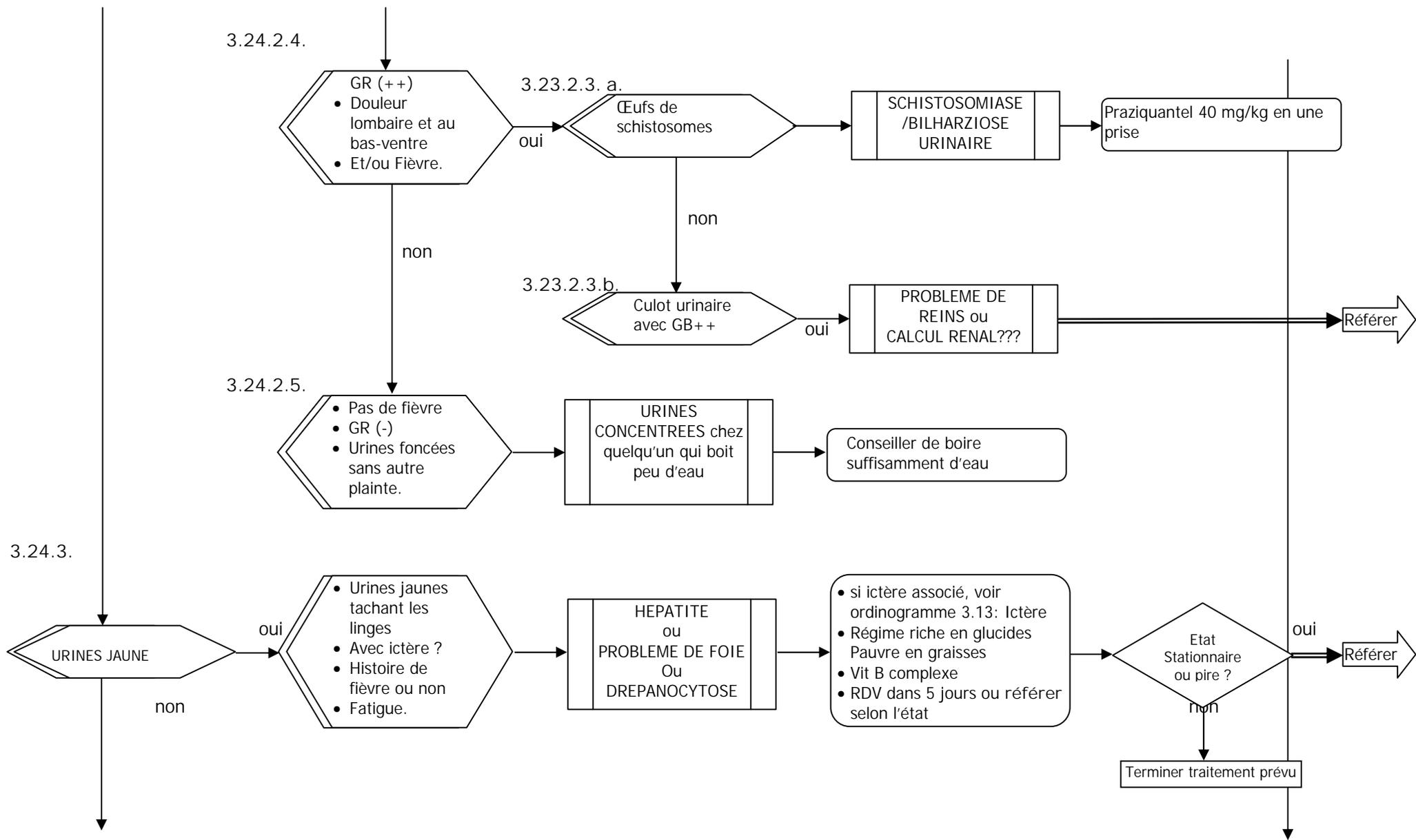
Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée
4) Céphalées (HTA) 5) amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA)
Si oui, voir ordinogramme correspondant.

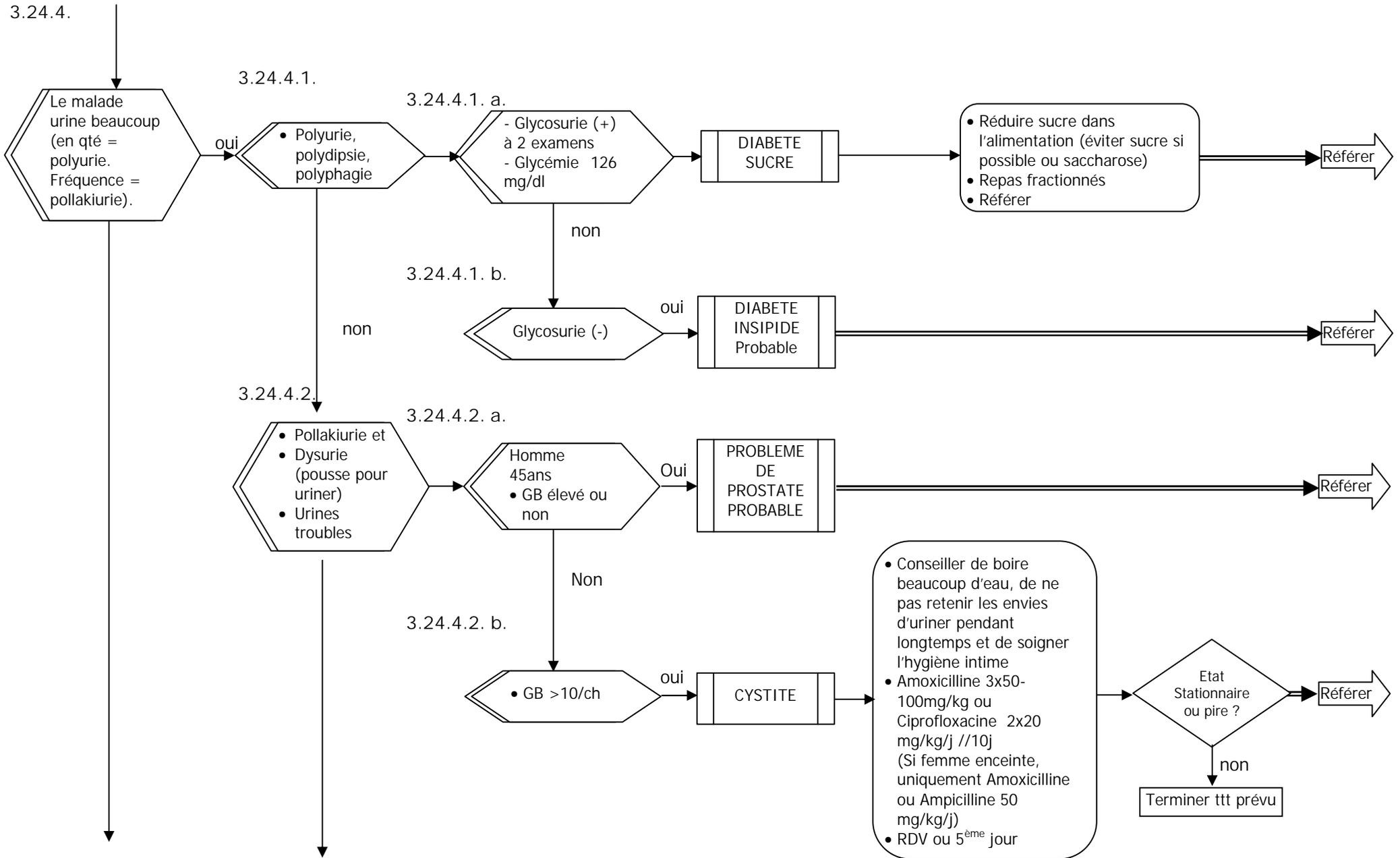
3.24.1.

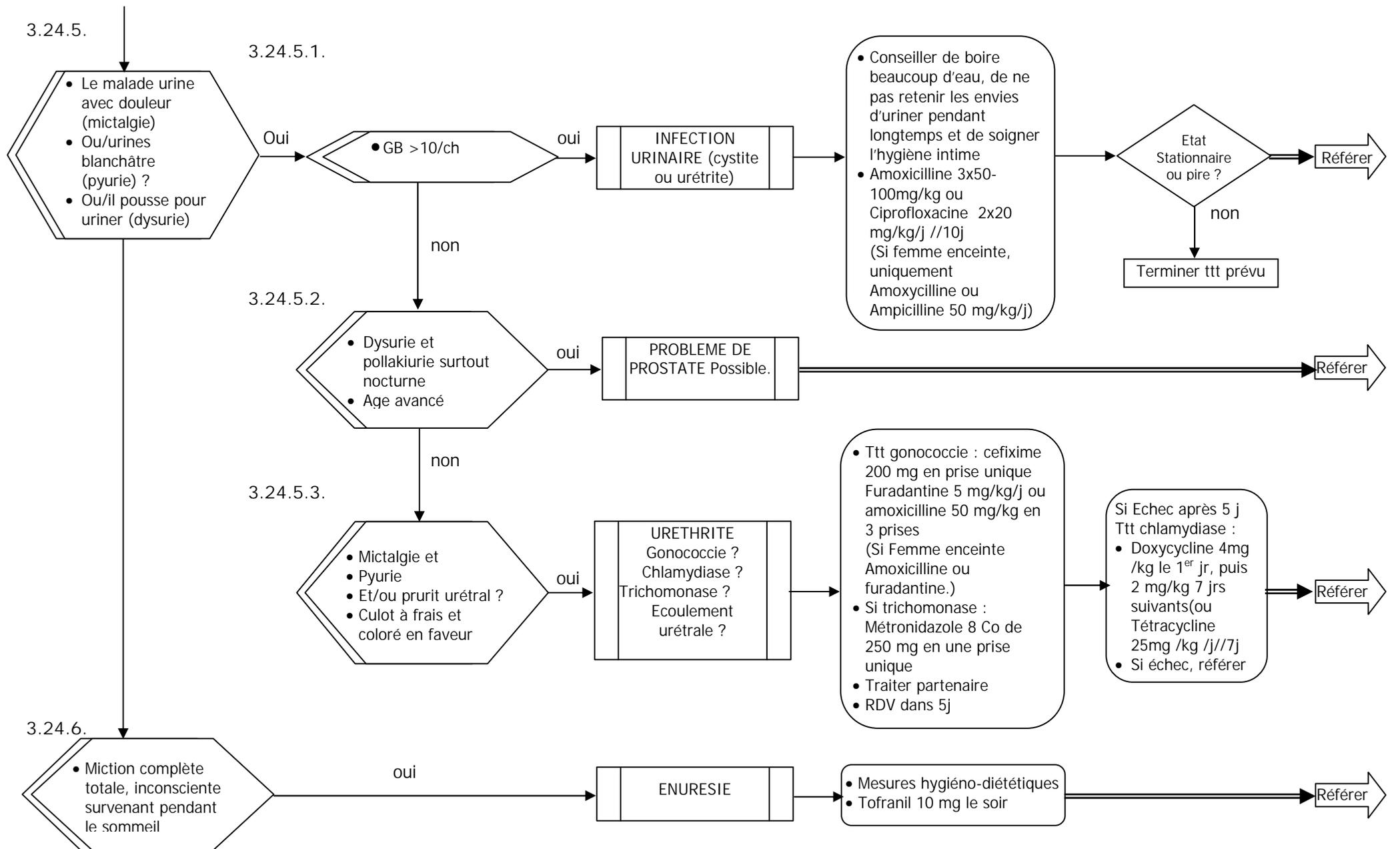


3.24.2.







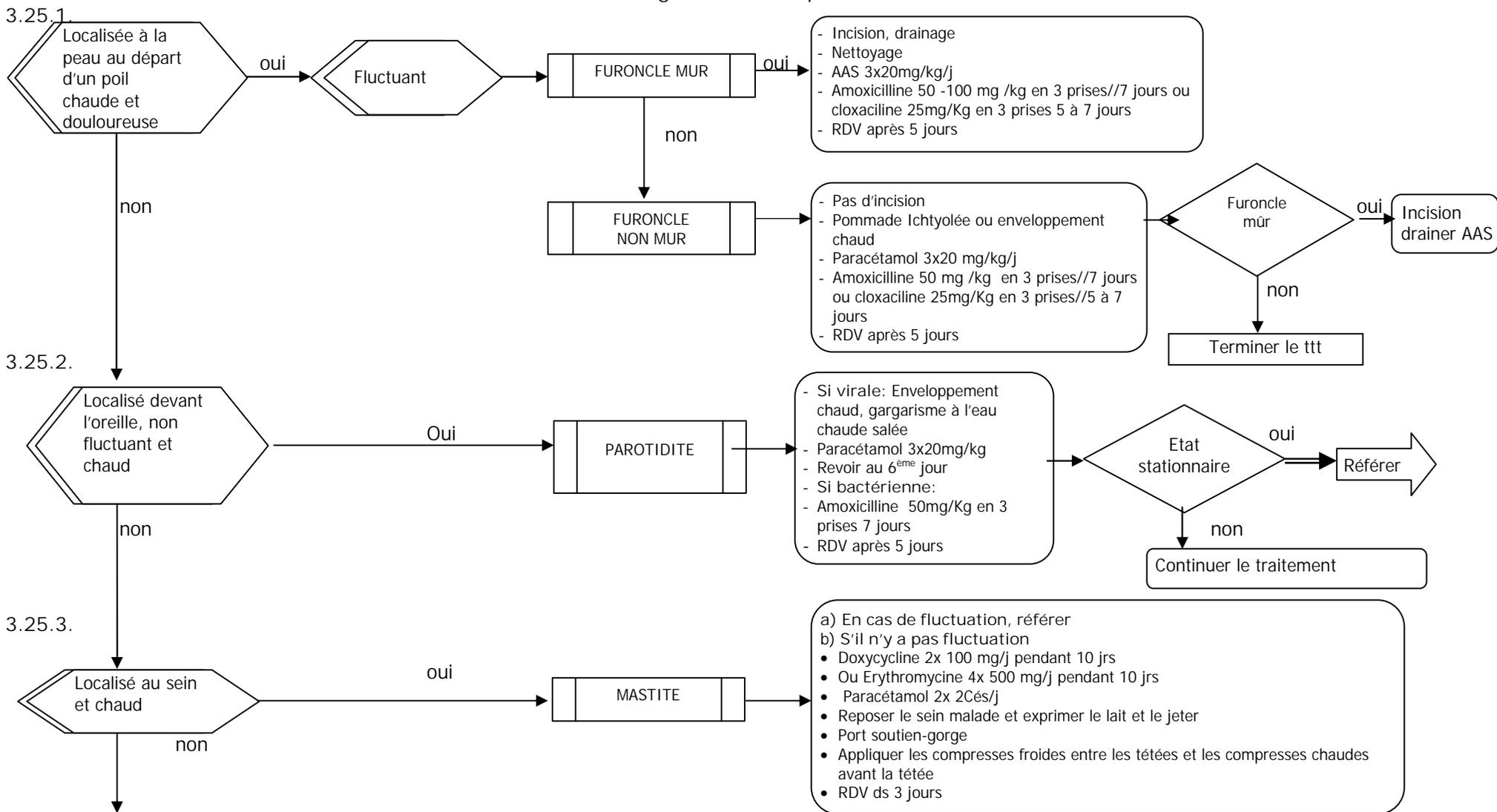


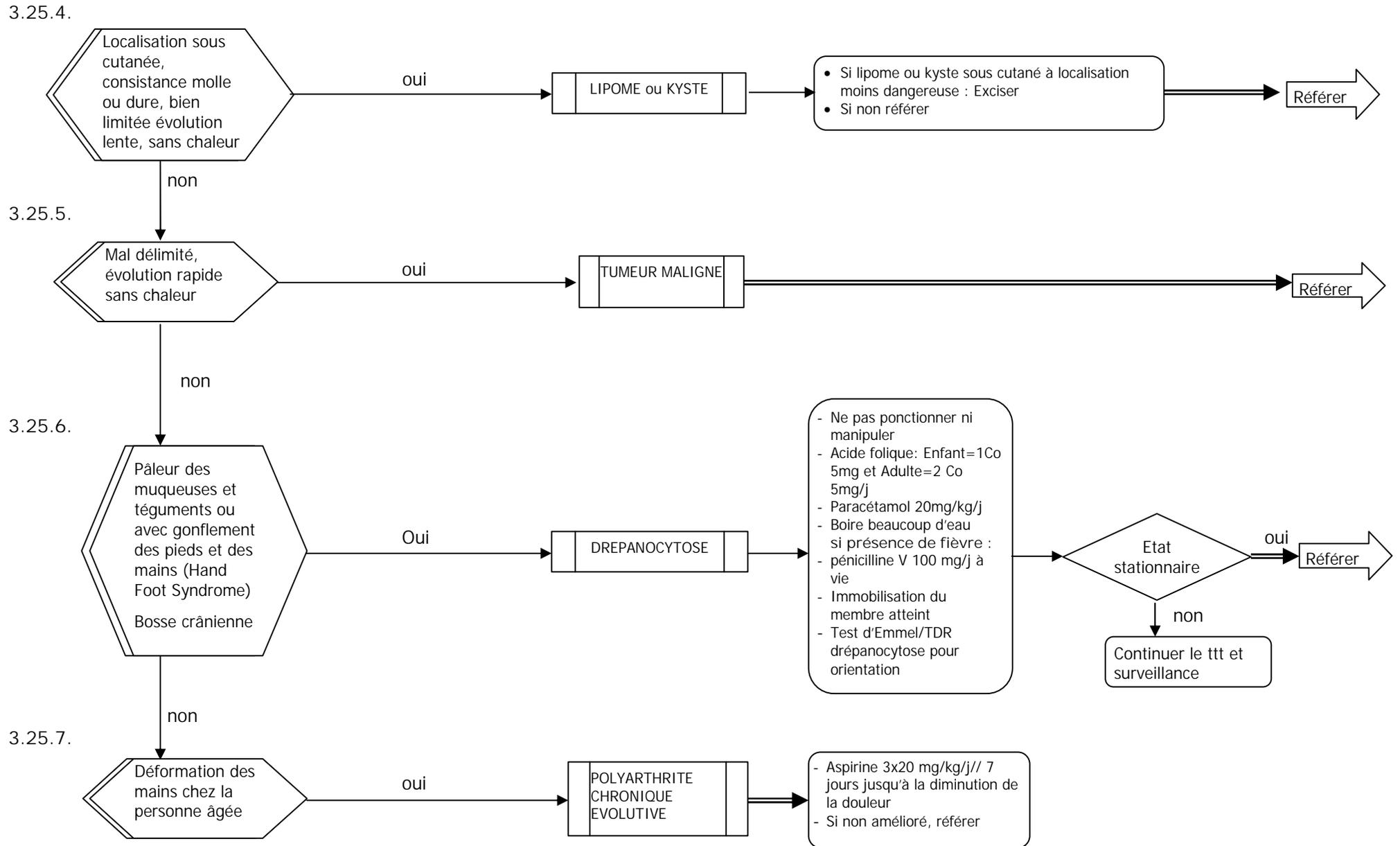
3.25. TUMEFACTIONS NON GANGLIONNAIRES

CONDITION D'APPLICATION : Gonflement localisé cutané ou sous cutané.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.

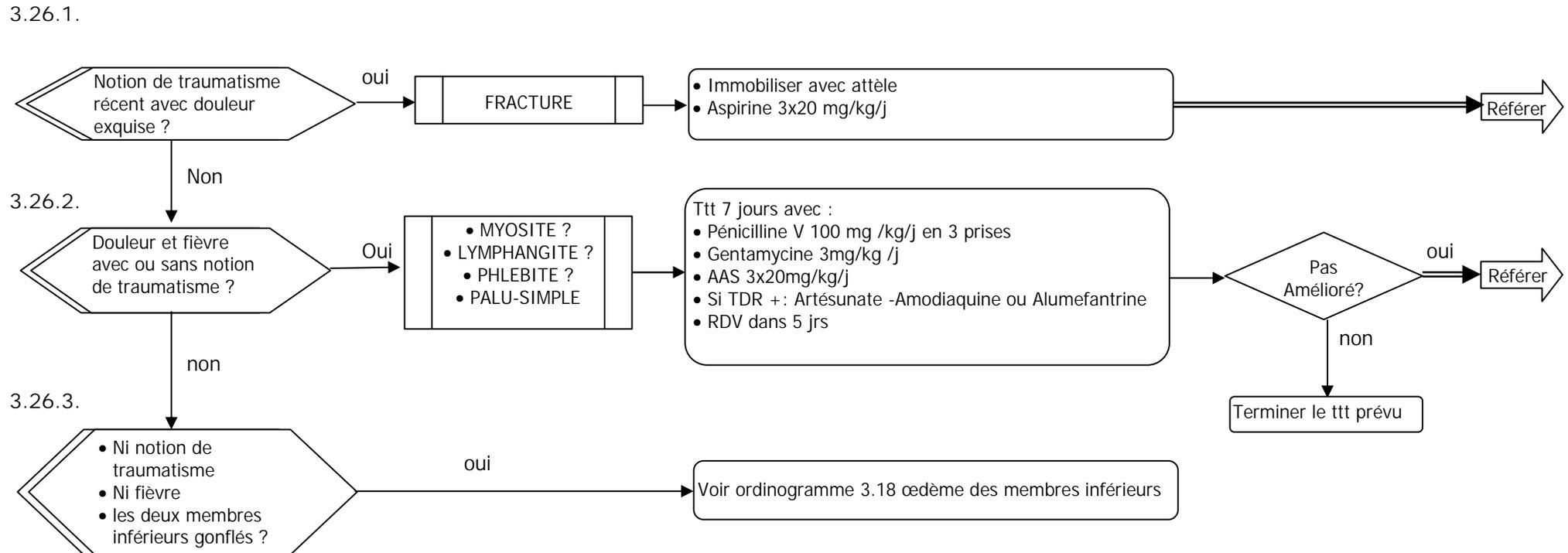




3.26. TUMEFACTION LOCALISEE DES MEMBRES

DEFINITION : Gonflement inflammatoire des tissus cutanés des membres.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).
Si oui, voir ordinogramme correspondant.



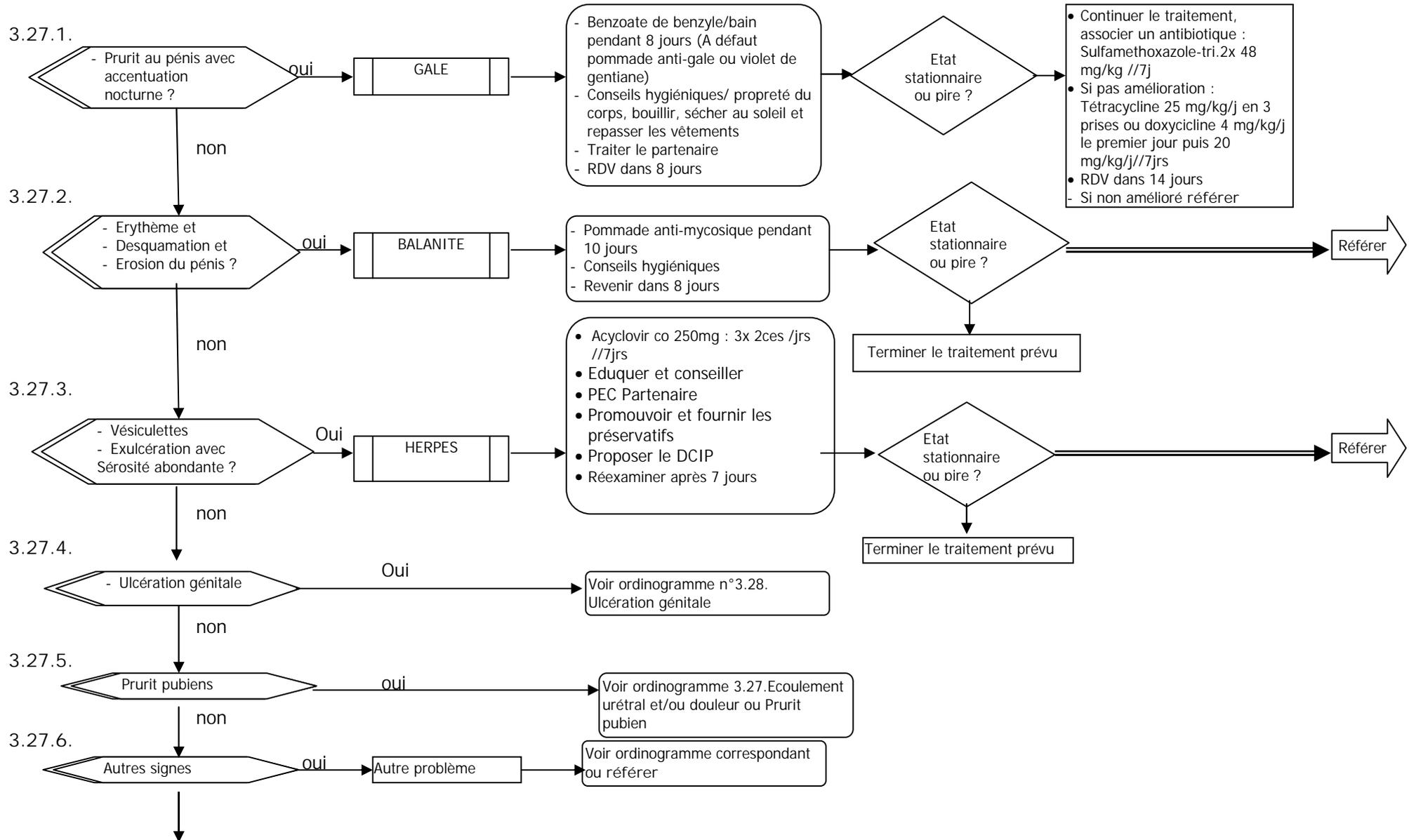
3.27. PRURIT GENITAL CHEZ L'HOMME

DEFINITION : C'est une sensation de démangeaison provoquée par une lésion locale ou symptomatique d'une maladie et dont la localisation est l'organe génital masculin.

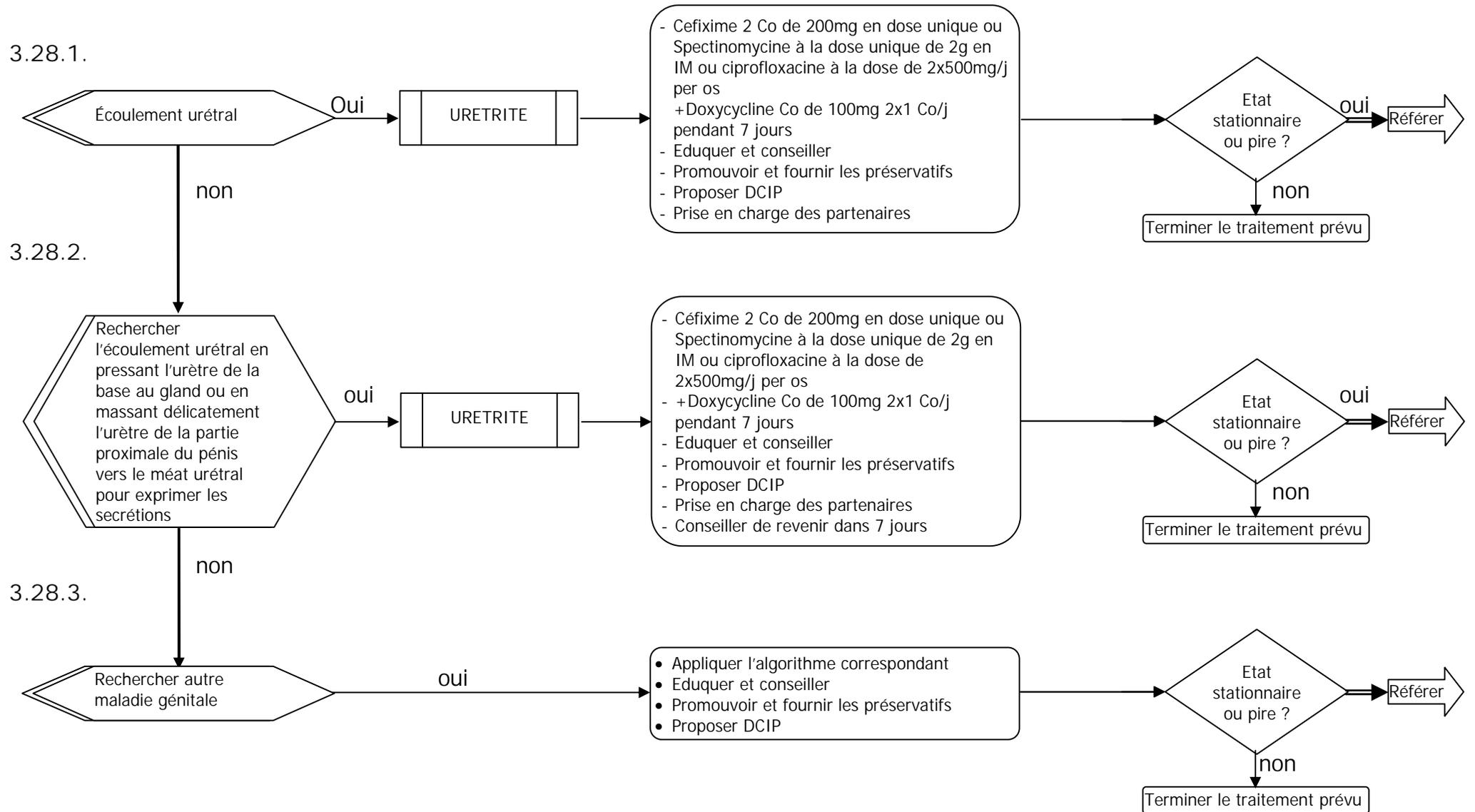
Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux au-delà de 15 jours (TBC) 3) Diarrhée

4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA,THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.



3.28. ECOULEMENT URETRAL ET/OU DOULEUR OU PRURIT

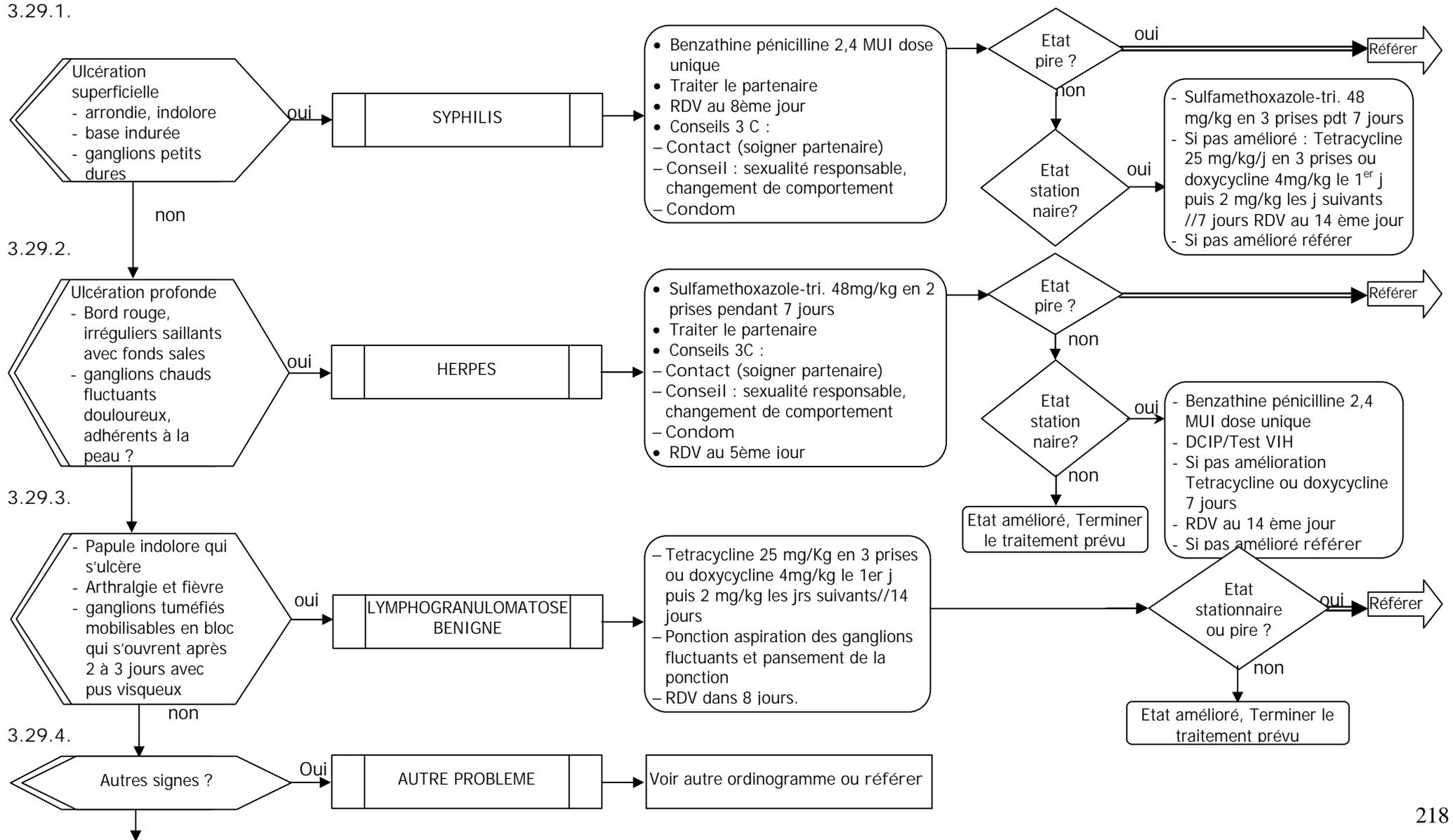


3.29. ULCERATION GENITALE.

DEFINITION : c'est toute perte de substance tégumentaire (cutanée ou muqueuse) des organes génitaux.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.



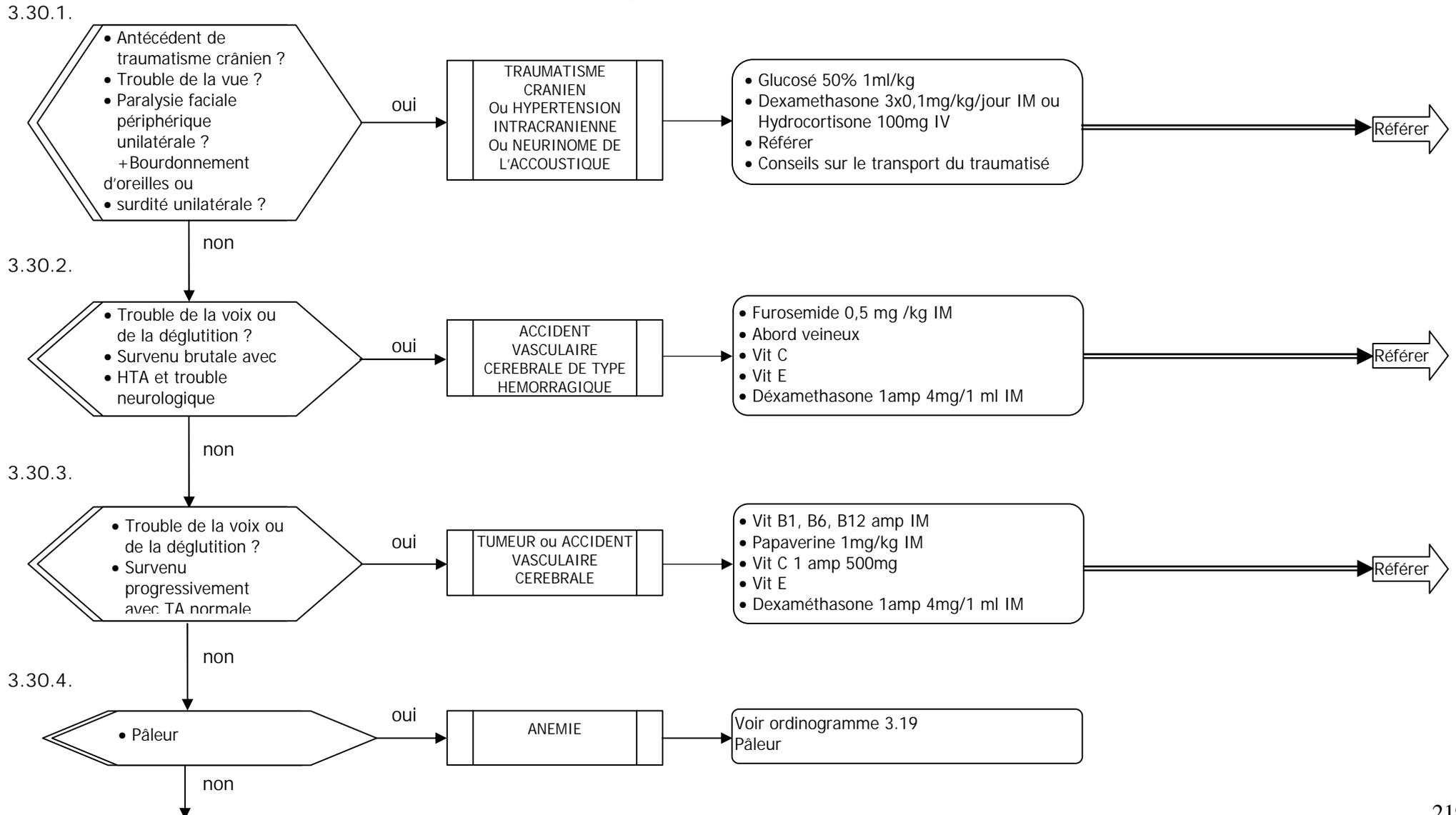
3.30. VERTIGES

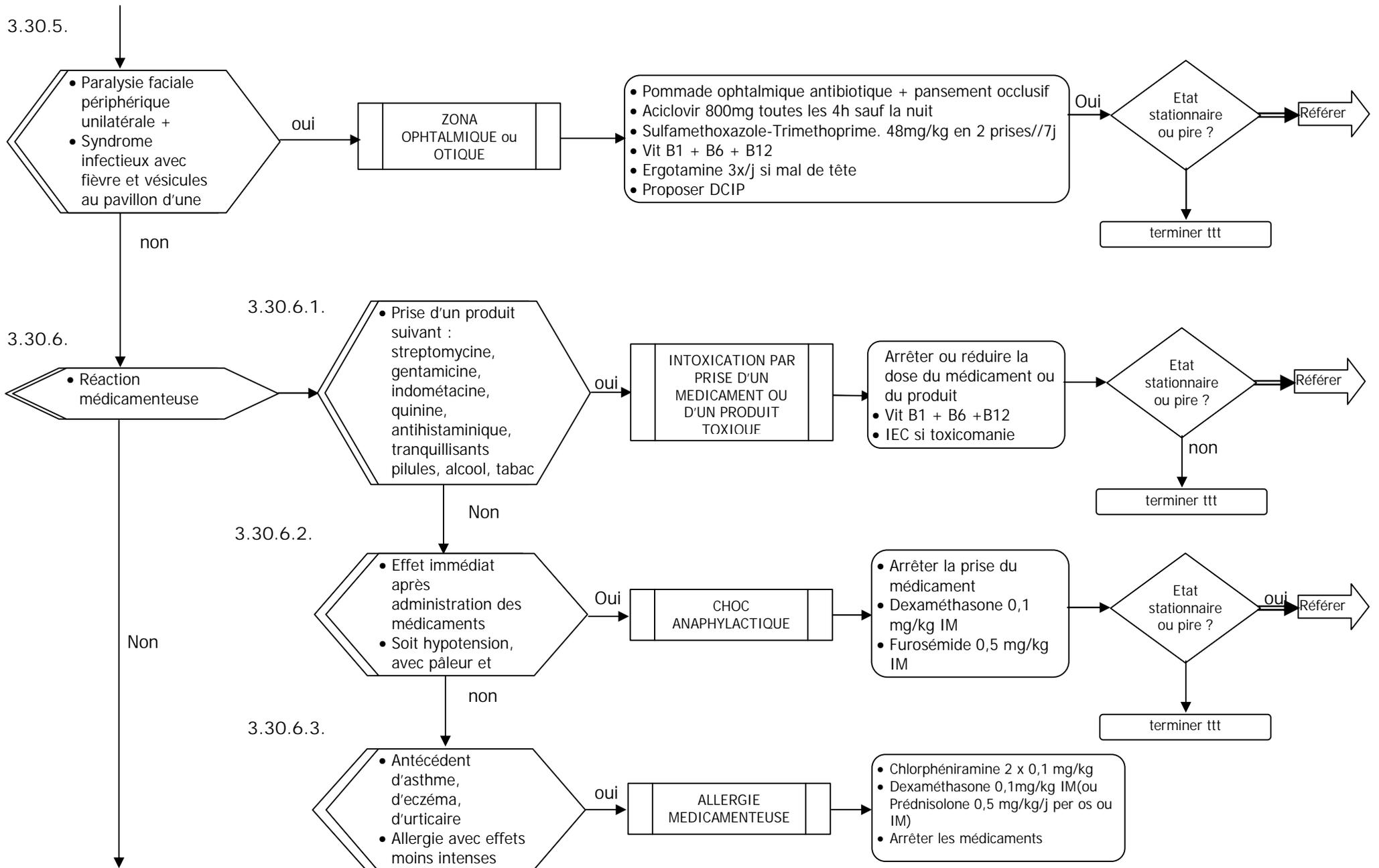
DEFINITION : Sensation erronée de déplacement des objets environnants (tout tourne autour de moi ou simple trouble de l'équilibre).

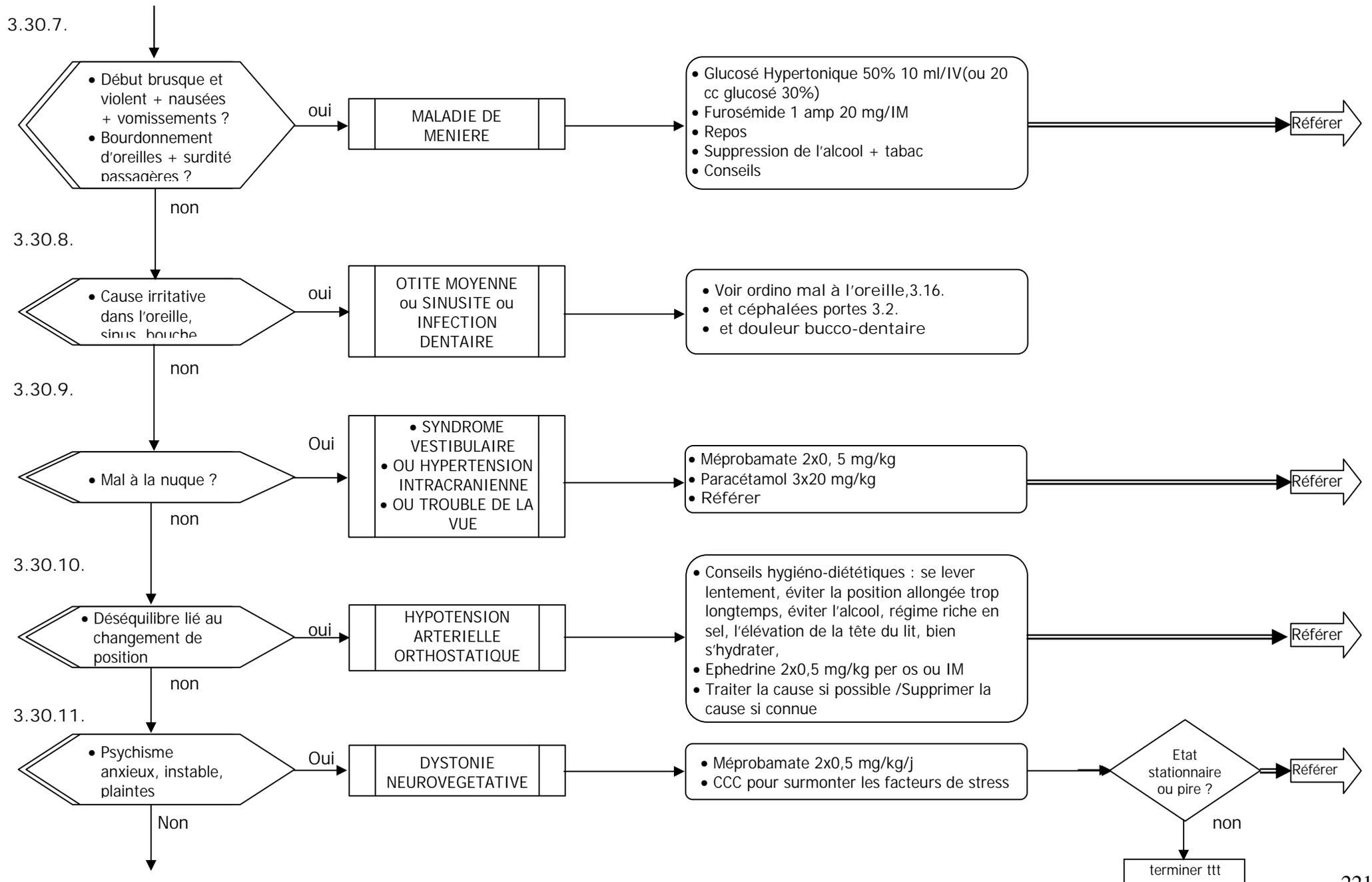
Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme), THA2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA)

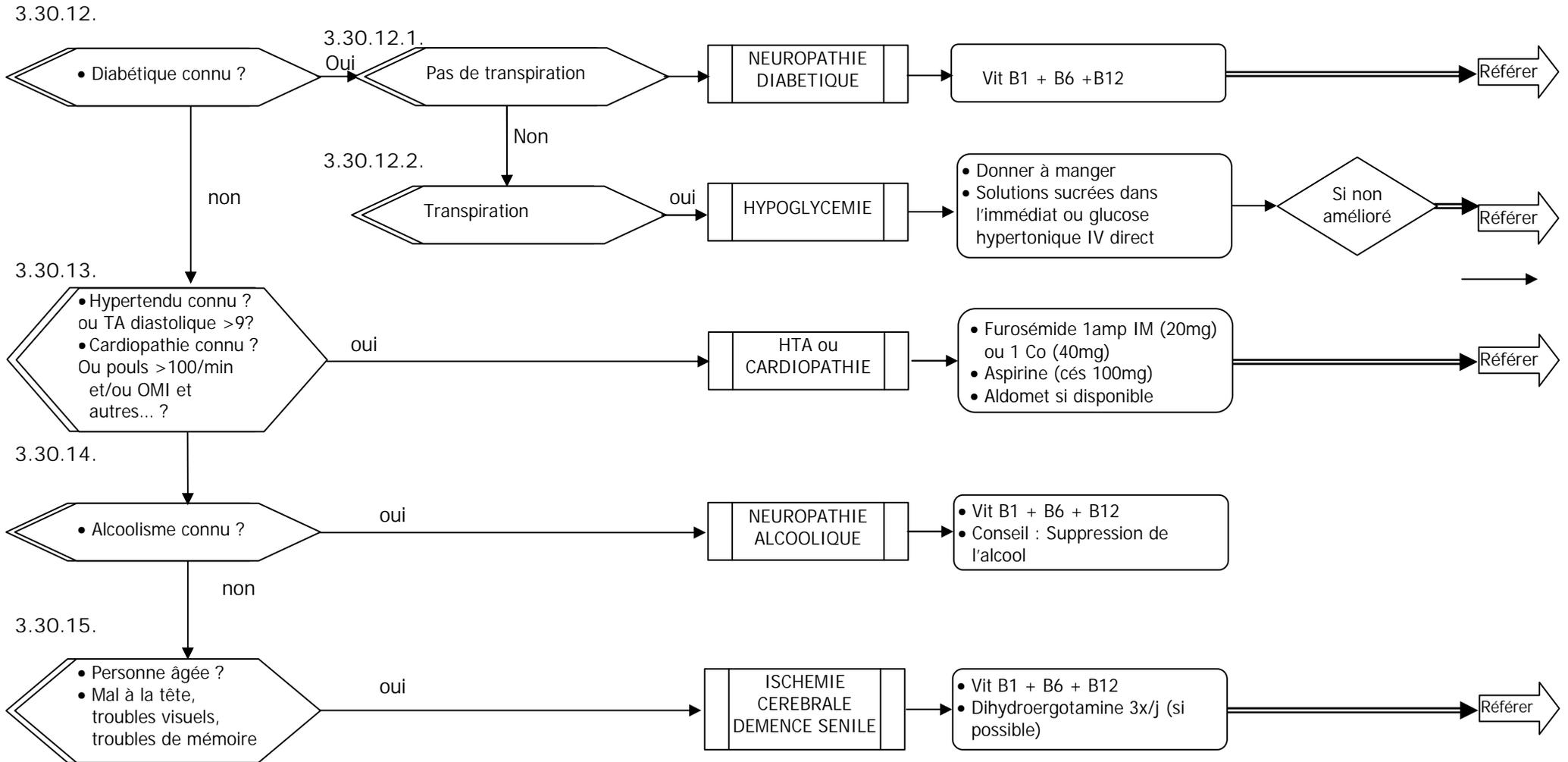
5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA), 6) Diabète et hémorroïde.

Si oui, voir ordinogramme correspondant.









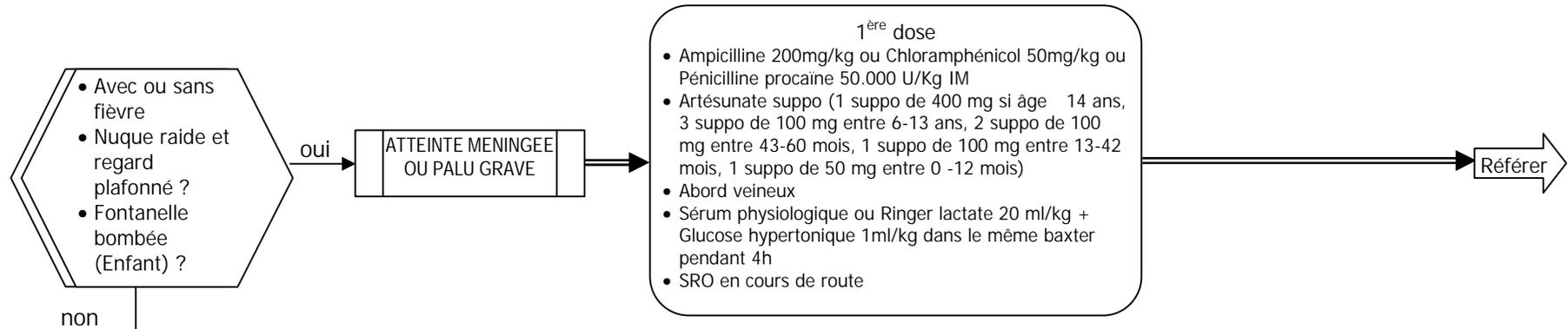
3.31. VOMISSEMENTS

DEFINITION : Rejet brutal et violent par la bouche de la totalité ou d'une partie du contenu de l'estomac. Vomissement de sang = Hématémèse.

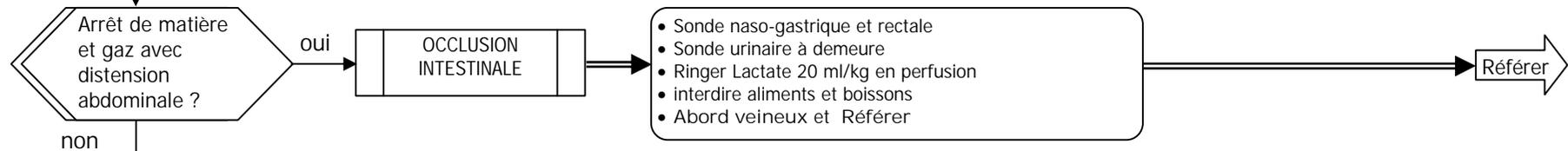
SIGNES DE GRAVITE : Vomissement en jet, vomissement incoercibles, déshydratation sévère.

Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée
4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA,THA), 6) Diabète.
Si oui, voir ordinogramme correspondant.

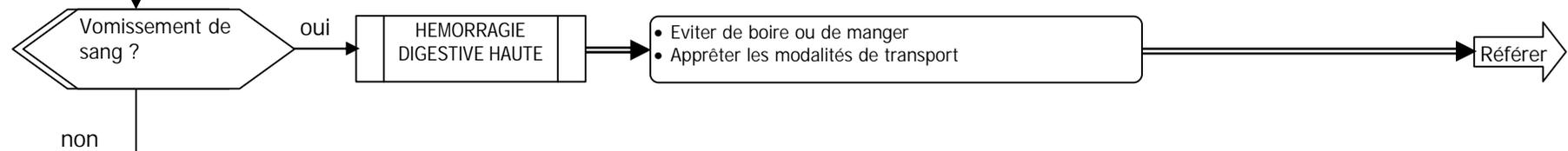
3.31.1.



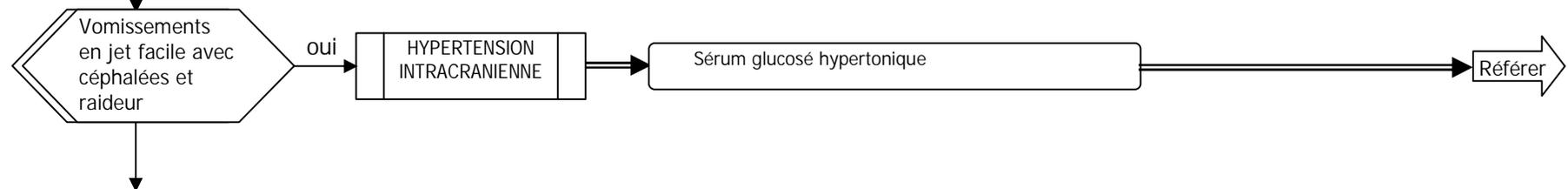
3.31.2.

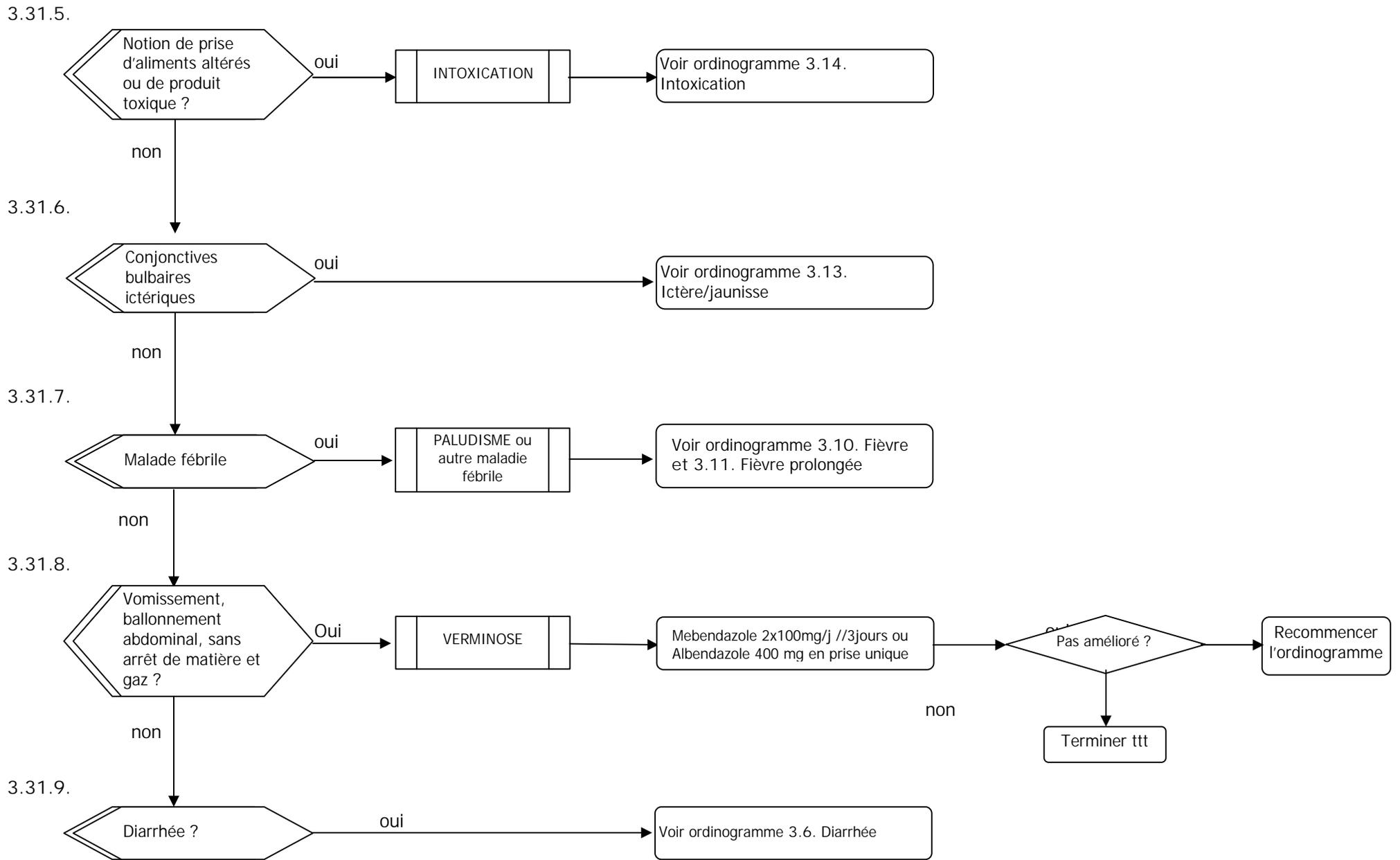


3.31.3.



3.31.4.

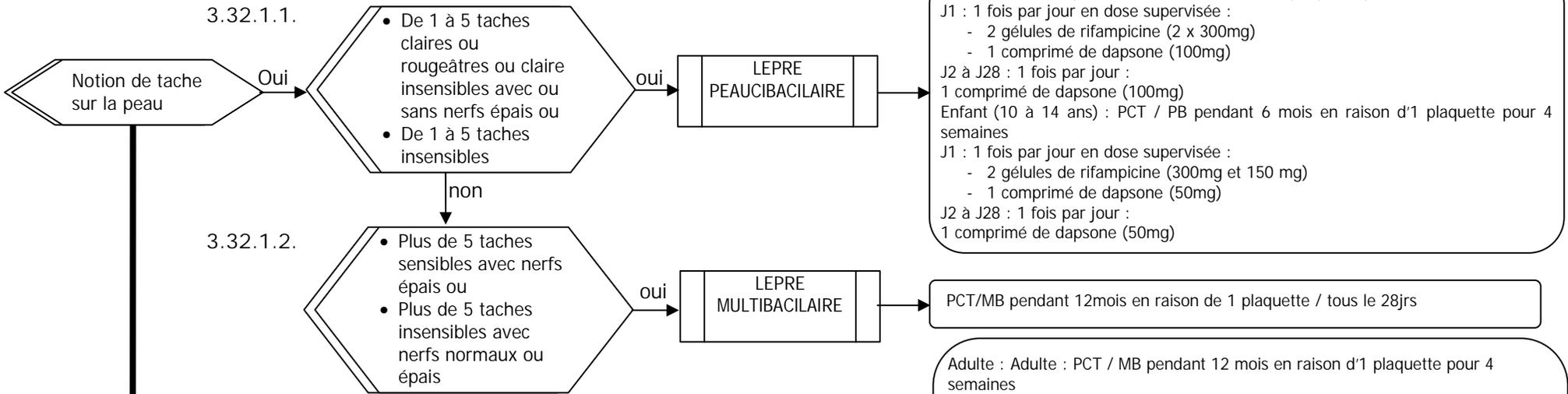




3.32. TACHE CLAIRE (HYPOPIGMENTEE) SUR LA PEAU

Définition : diminution de la coloration de la peau sur un ou plusieurs endroits du corps

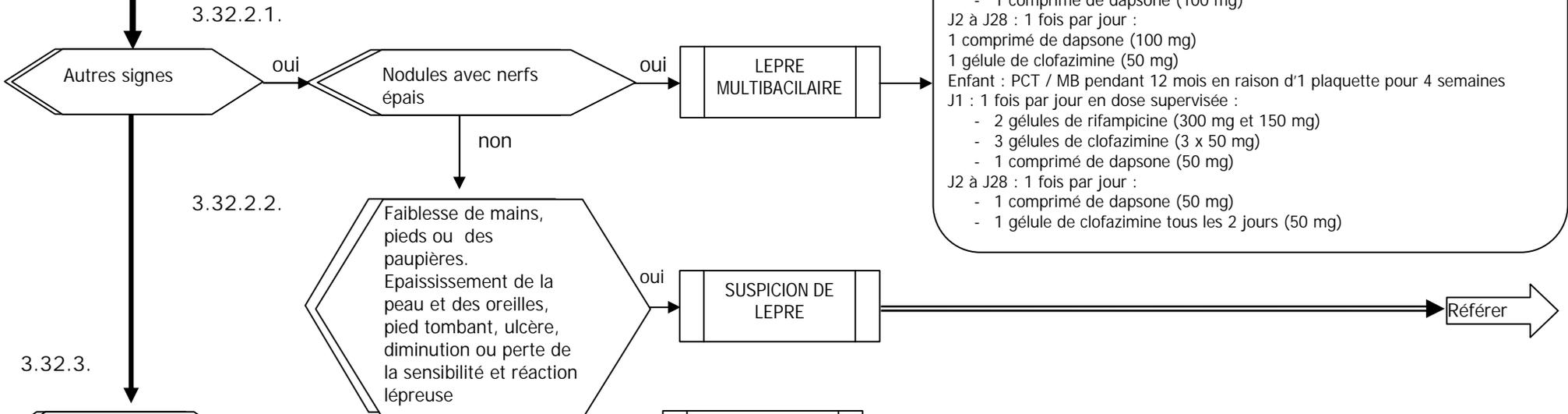
3.32.1.



Adulte : PCT / PB pendant 6 mois en raison d'1 plaquette pour 4 semaines
 J1 : 1 fois par jour en dose supervisée :
 - 2 gélules de rifampicine (2 x 300mg)
 - 1 comprimé de dapson (100mg)
 J2 à J28 : 1 fois par jour :
 1 comprimé de dapson (100mg)
 Enfant (10 à 14 ans) : PCT / PB pendant 6 mois en raison d'1 plaquette pour 4 semaines
 J1 : 1 fois par jour en dose supervisée :
 - 2 gélules de rifampicine (300mg et 150 mg)
 - 1 comprimé de dapson (50mg)
 J2 à J28 : 1 fois par jour :
 1 comprimé de dapson (50mg)

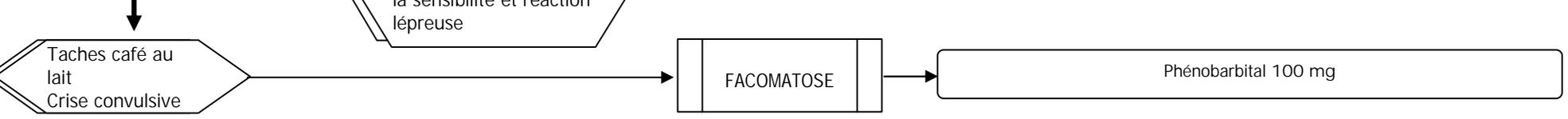
PCT/MB pendant 12mois en raison de 1 plaquette / tous le 28jrs

3.32.2.



Adulte : Adulte : PCT / MB pendant 12 mois en raison d'1 plaquette pour 4 semaines
 J1 : 1 fois par jour en dose supervisée :
 - 2 gélules de rifampicine (2 x 300 mg)
 - 3 gélules de clofazimine (3 x 100 mg)
 - 1 comprimé de dapson (100 mg)
 J2 à J28 : 1 fois par jour :
 1 comprimé de dapson (100 mg)
 1 gélule de clofazimine (50 mg)
 Enfant : PCT / MB pendant 12 mois en raison d'1 plaquette pour 4 semaines
 J1 : 1 fois par jour en dose supervisée :
 - 2 gélules de rifampicine (300 mg et 150 mg)
 - 3 gélules de clofazimine (3 x 50 mg)
 - 1 comprimé de dapson (50 mg)
 J2 à J28 : 1 fois par jour :
 - 1 comprimé de dapson (50 mg)
 - 1 gélule de clofazimine tous les 2 jours (50 mg)

3.32.3.



TITRE IV : LES PLAINTES SPECIFIQUES

4.1. AFFECTIONS OCULAIRES

A. DEFINITION : Toute atteinte de l'anatomie de l'œil ou de la fonction visuelle.

B. Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2)Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).
Si oui, voir ordinogramme correspondant.

C. GROUPES DE PROBLEMES DE L'ŒIL TRAITES

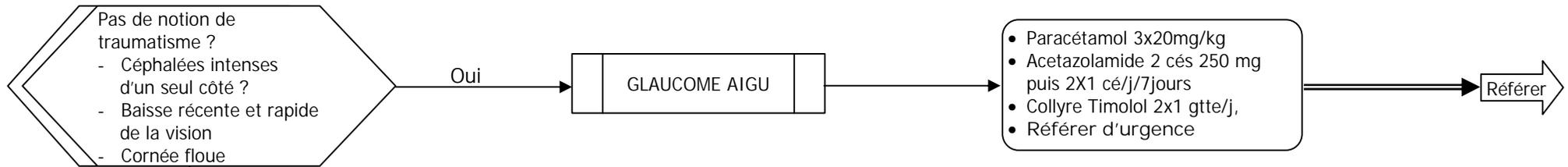
Ensemble des problèmes de santé identifiés derrière une plainte principale considérée comme porte d'entrée d'un ordinogramme.

D. NOMENCLATURE DES GROUPES DE PROBLEMES DE SANTE TRAITES

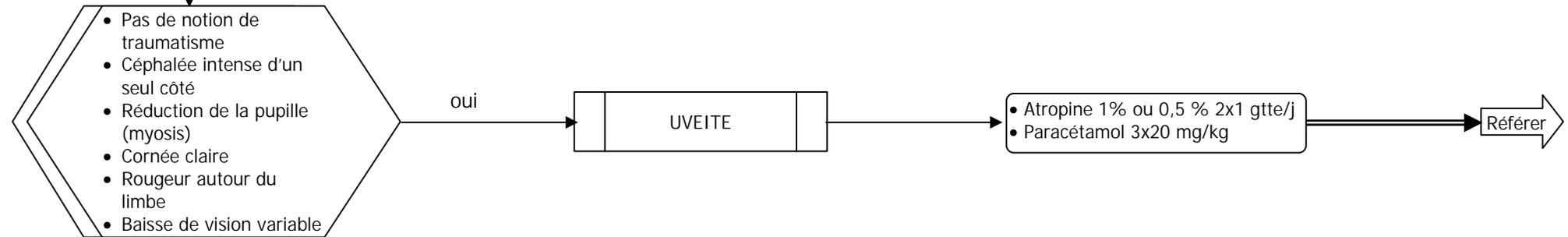
N°	Porte d'entrée ou plainte principale	Groupes de problèmes	Observations
I	DOULEUR BRUTALE DE L'ŒIL	Glaucome aigu, uvéite, kératite	
II	TRAUMATISME DE L'ŒIL	Brûlures chimique (acide ou base), thermique ou due à des radiations Corps étrangers superficiels de la conjonctive, de la cornée ou sous le tarse (sous la paupière supérieure). Contusion oculaire (causée par un objet non tranchant) avec présence ou non de sang dans la chambre antérieure ;(hyphéma) uvéite post-traumatique, hémorragie sous conjonctivale Traumatisme perforant : plaie de la cornée ou de la sclère Plaie palpébrale : plaie du bord libre de la paupière ou de l'angle interne des paupières.	
III	GONFLEMENT DES PAUPIERES	Zona ophtalmique, abcès de la paupière, orgelet, chalazion, blépharite, tumeur maligne ou bénigne, filariose	
IV	ŒIL ROUGE DOULOUREUX	Ulcère cornéen, trichiasis, uvéite antérieure aiguë, glaucome aigu, conjonctivite virale, conjonctivite chronique	
V	ŒIL ROUGE NON DOULOUREUX	Hémorragie sous-conjonctivale, onchocercose oculaire, catarrhe printanier, conjonctivite bactérienne, conjonctivite allergique (atopique).	
VI	SECRETIONS PURULENTES DE L'ŒIL	Conjonctivite gonococcique du nouveau-né, dacryocystite, conjonctivite à chlamydia, conjonctivite bactérienne aiguë	
VII	BAISSE DE VISION	Découlement rétinien, atteintes cornéennes, complications du diabète sucré et de l'hypertension artérielle, cataracte, rétinoblastome, corps étranger de la cornée, staphylome cornéen, filariose, ptérygion	

4.1.1. DOULEUR BRUTALE DE L'ŒIL

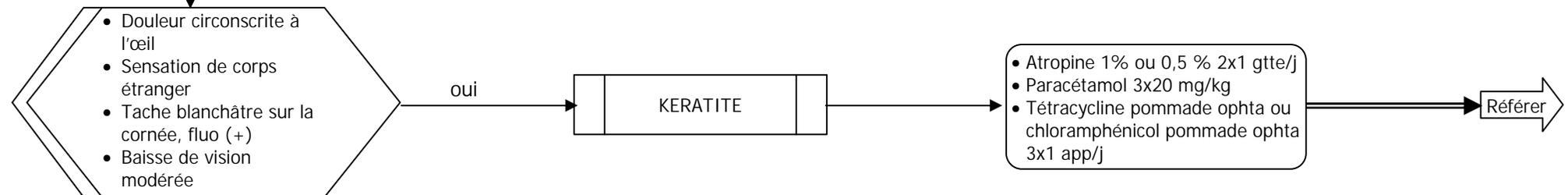
4.1.1.1.



4.1.1.2.

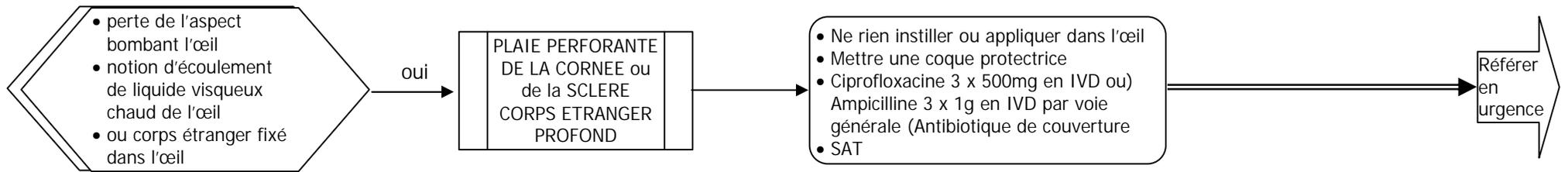


4.1.1.3.

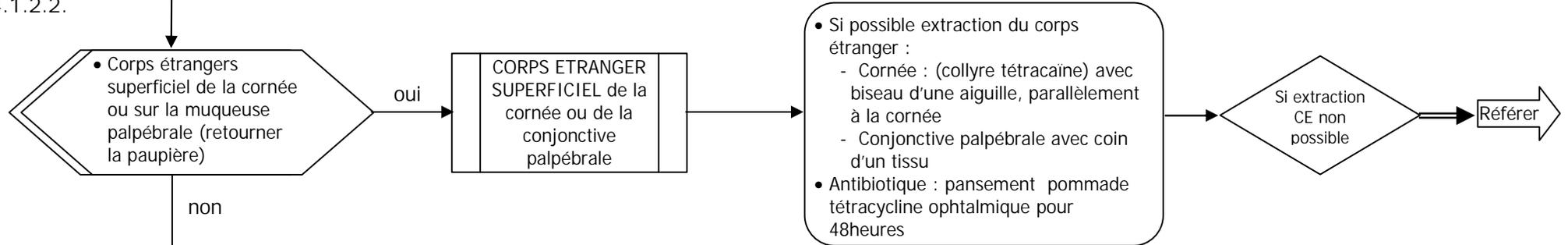


4.1.2. TRAUMATISME DE L'ŒIL

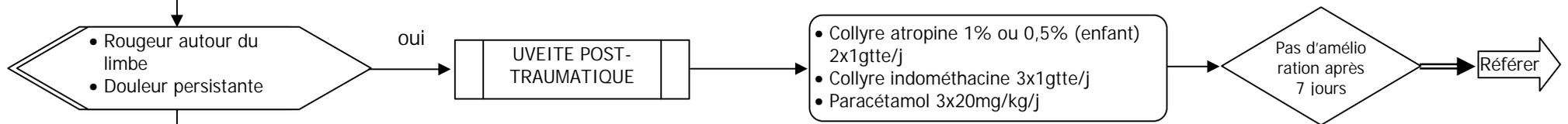
4.1.2.1.



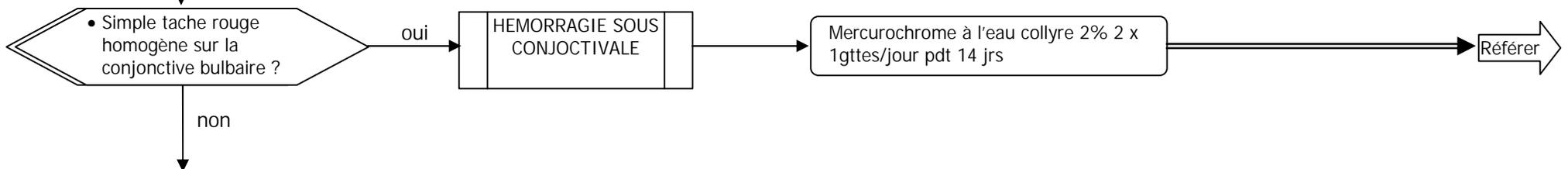
4.1.2.2.

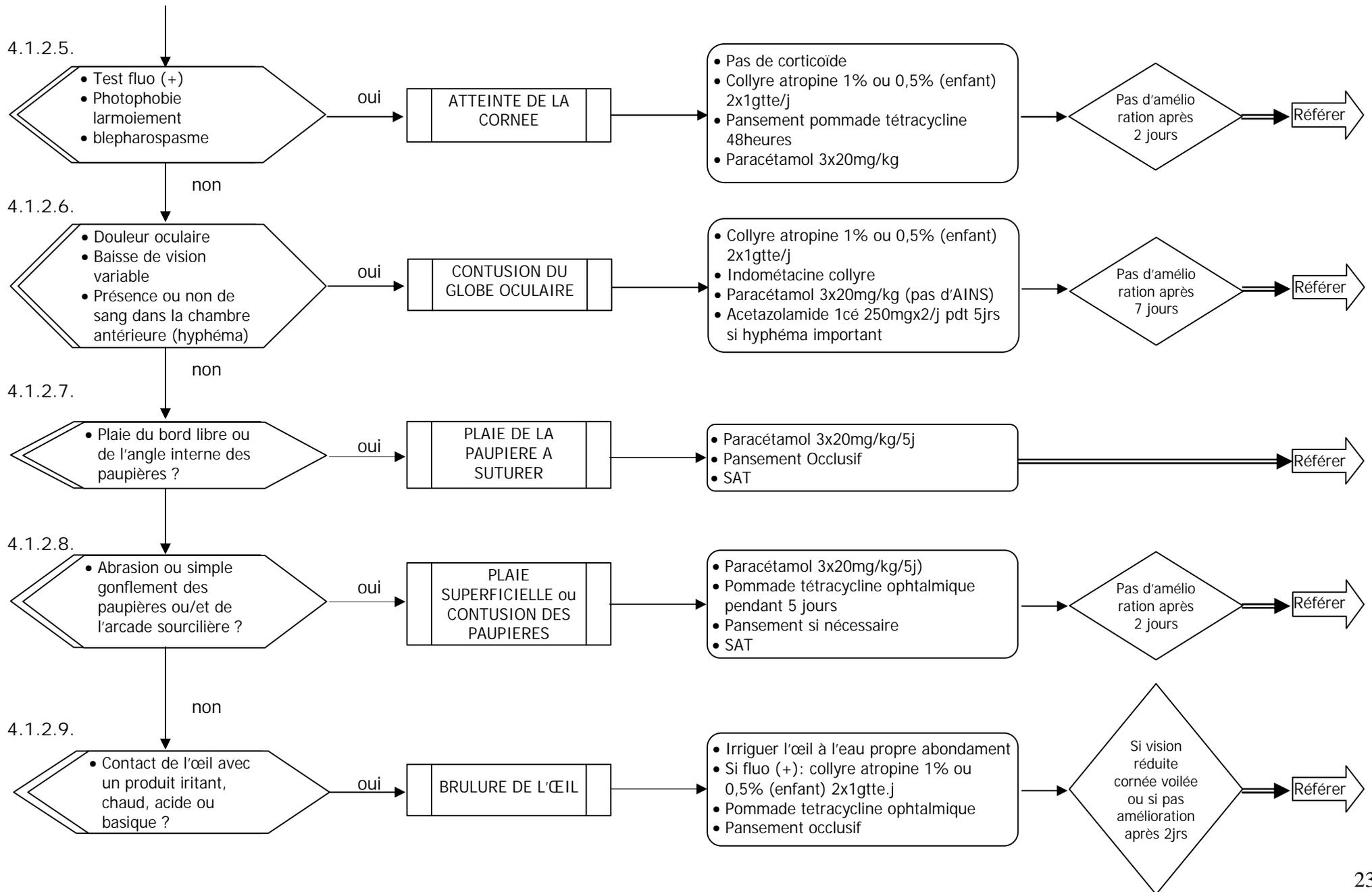


4.1.2.3.



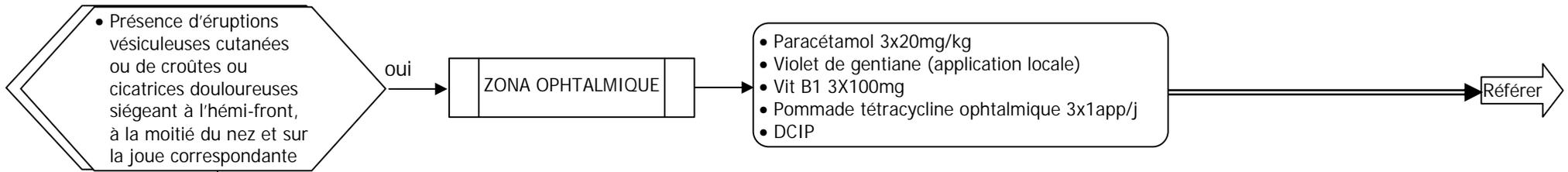
4.1.2.4.





4.1.3. GONFLEMENT DES PAUPIERES

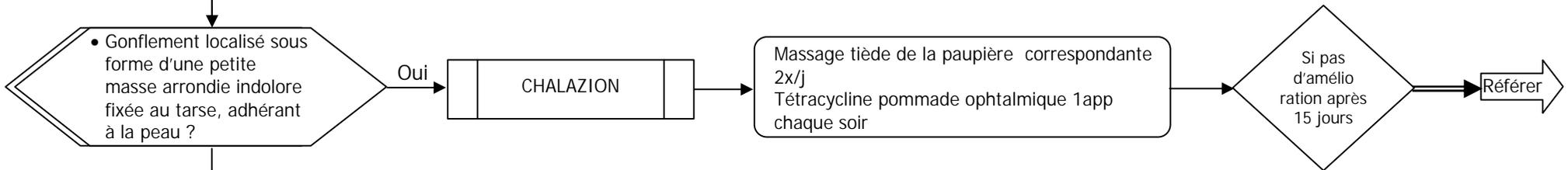
4.1.3.1.



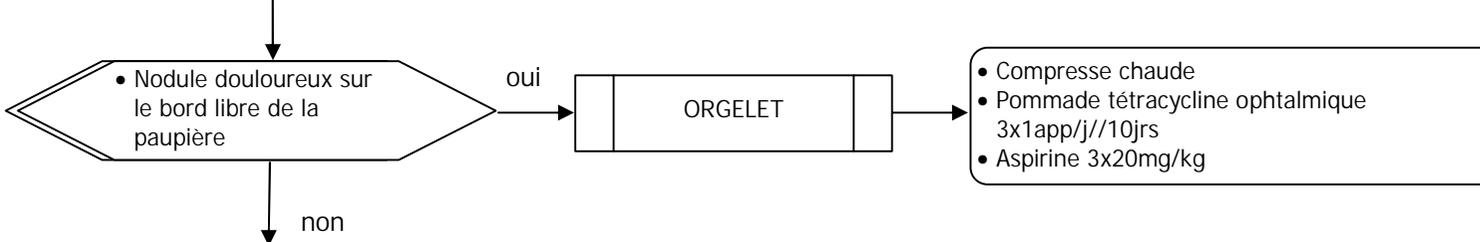
4.1.3.2.

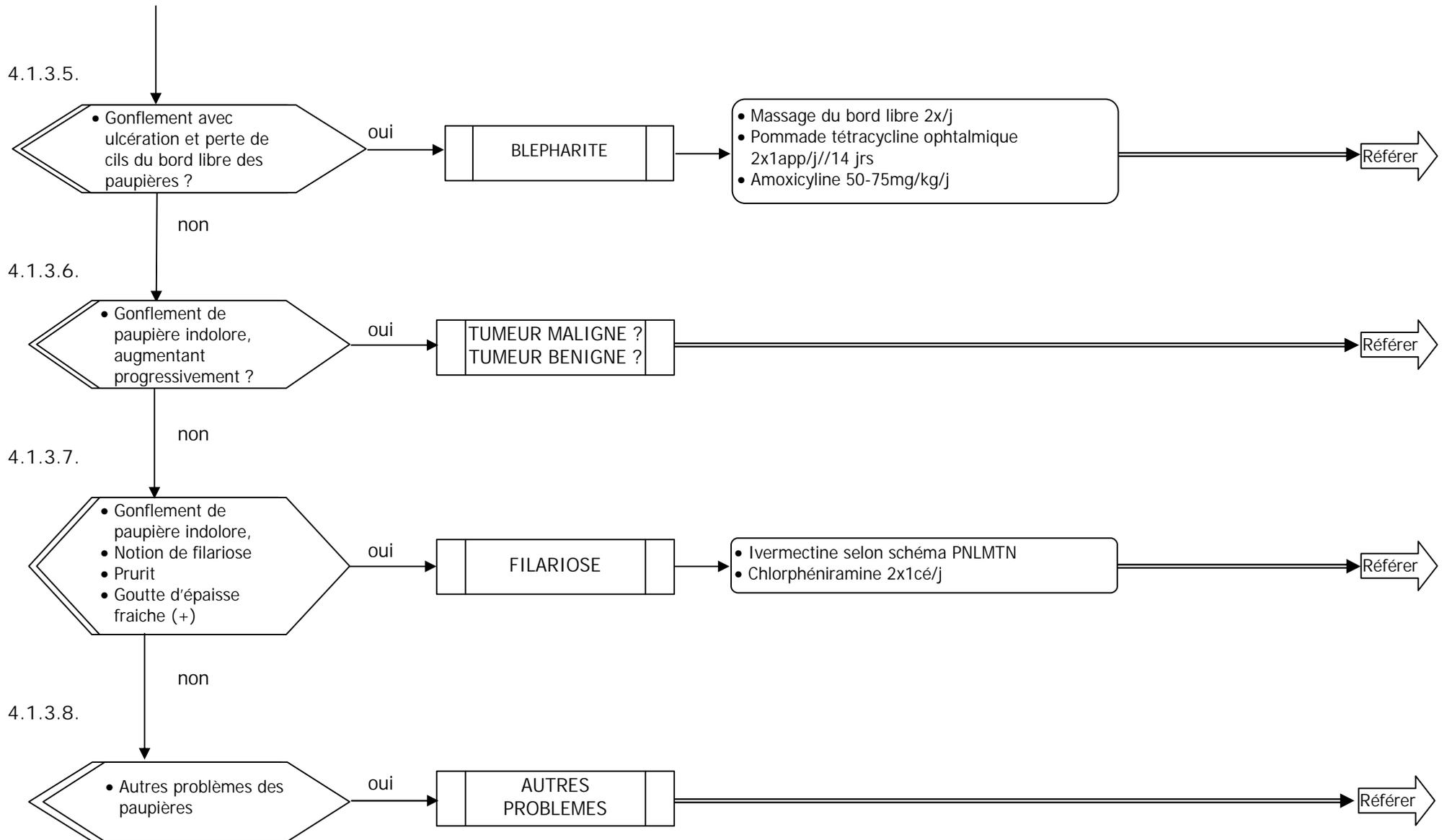


4.1.3.3.

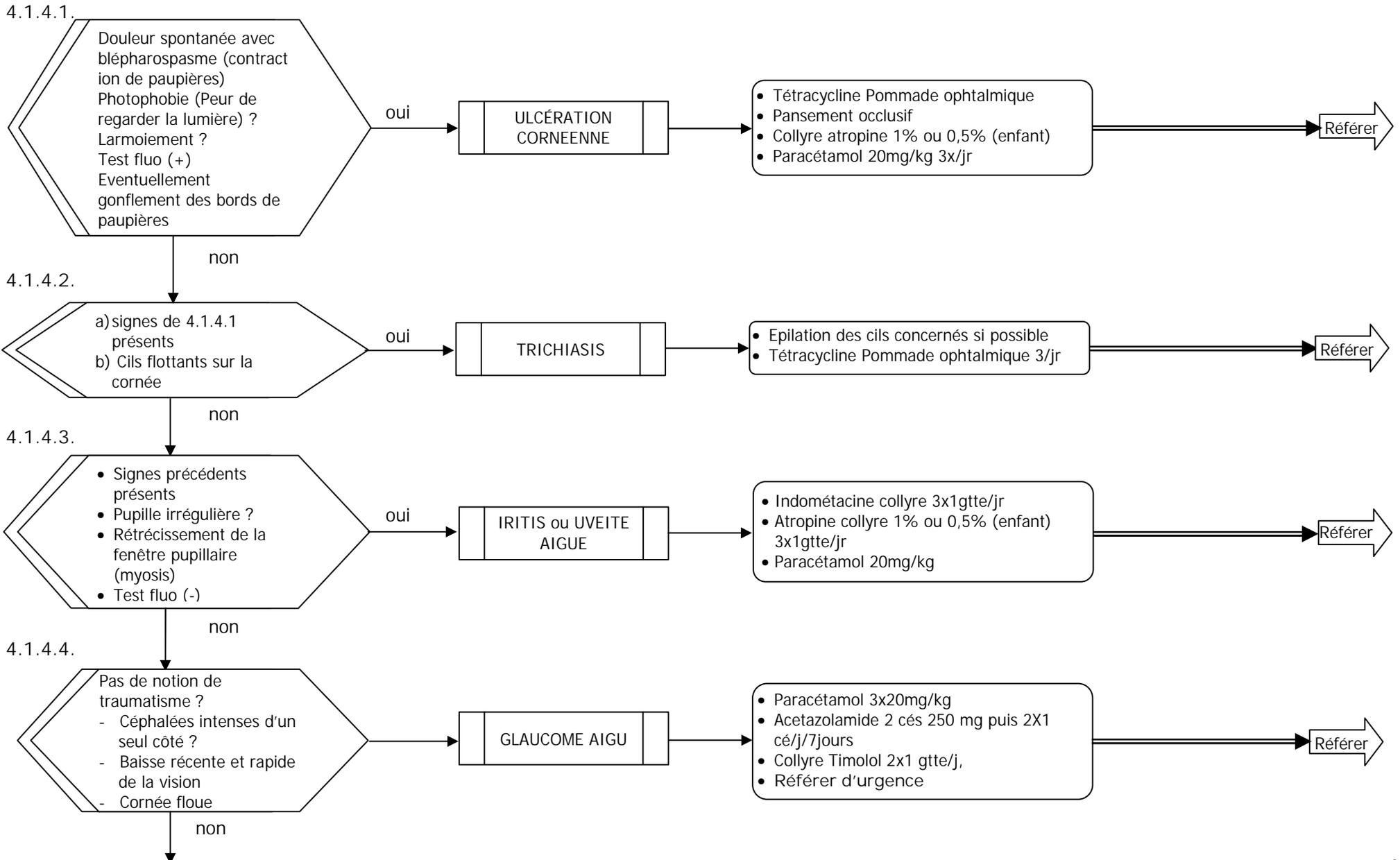


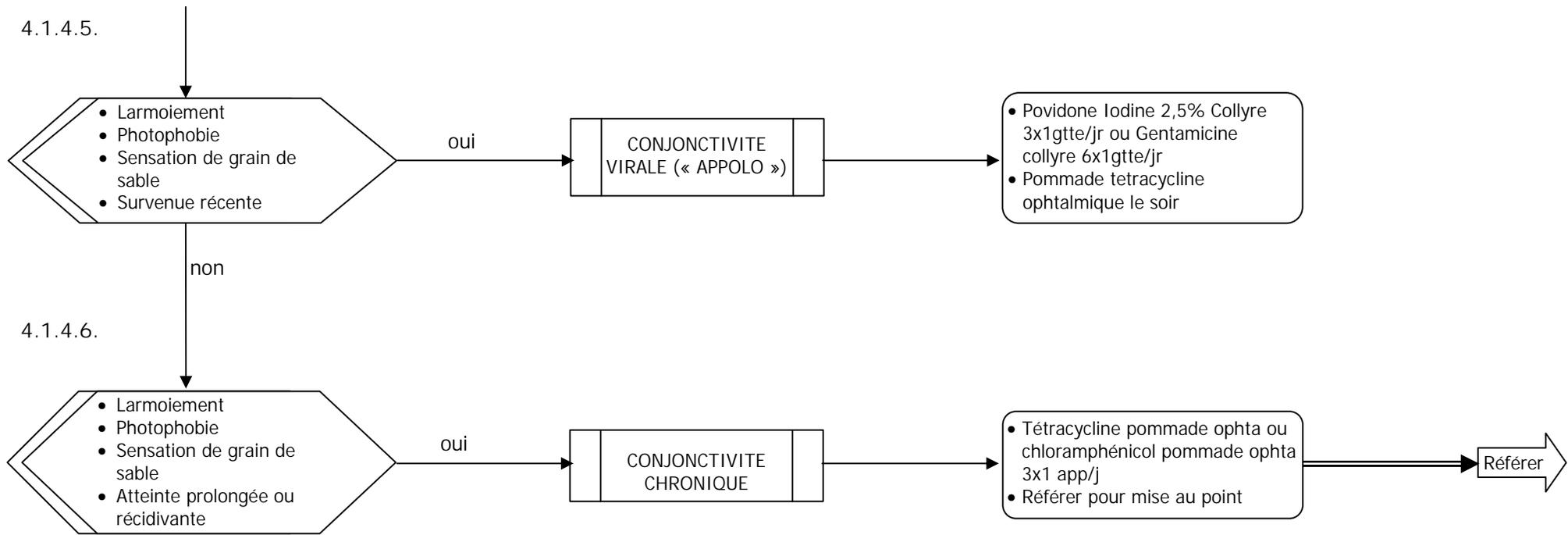
4.1.3.4.





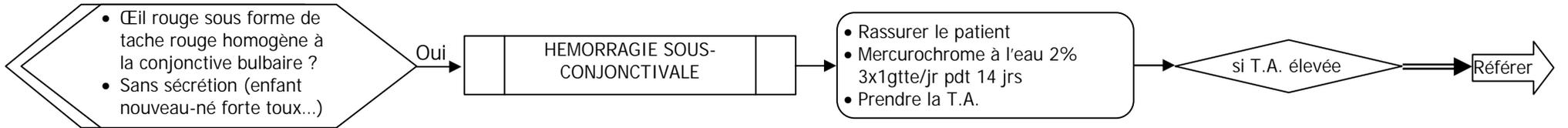
4.1.4. ŒIL ROUGE DOULOUREUX



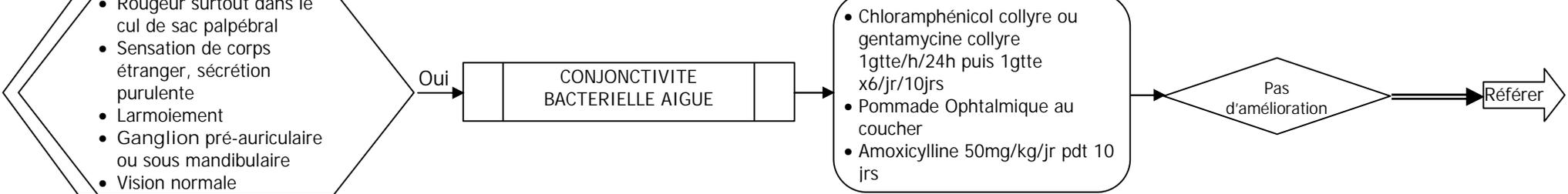


4.1.5. ŒIL ROUGE NON DOULOUREUX

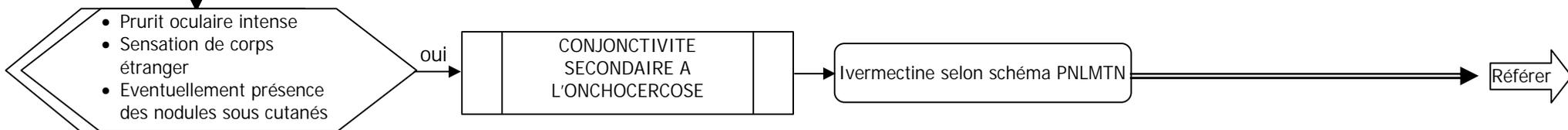
4.1.5.1.



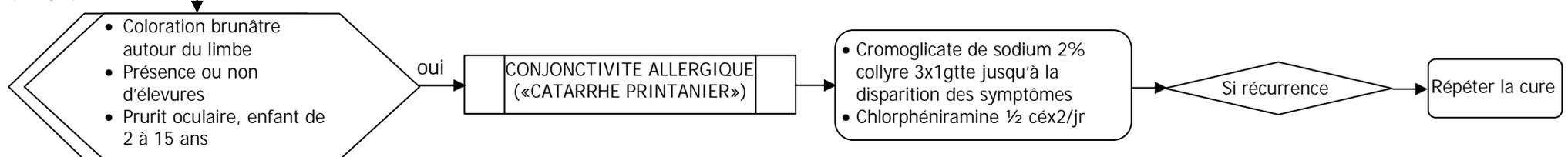
4.1.5.2.



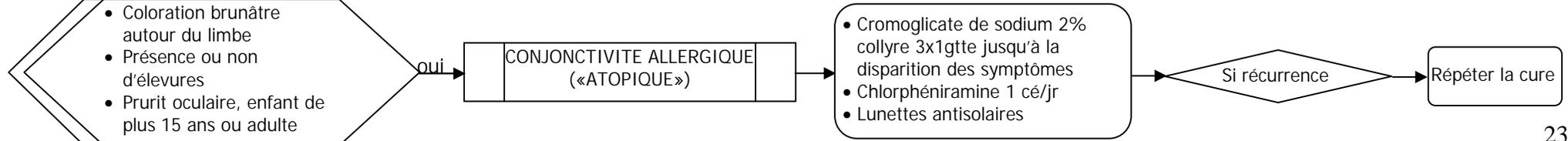
4.1.5.3.



4.1.5.4.

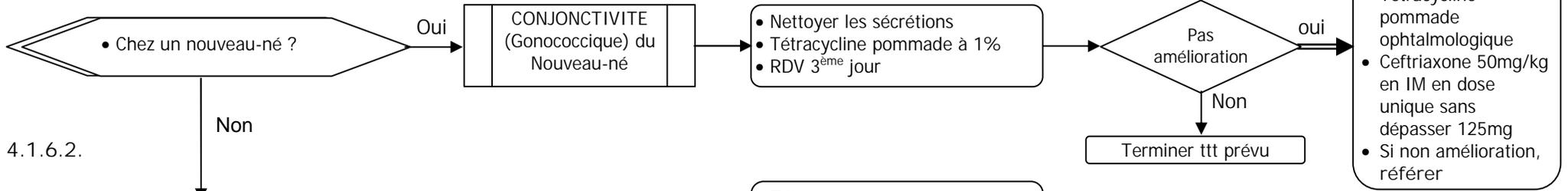


4.1.5.5.

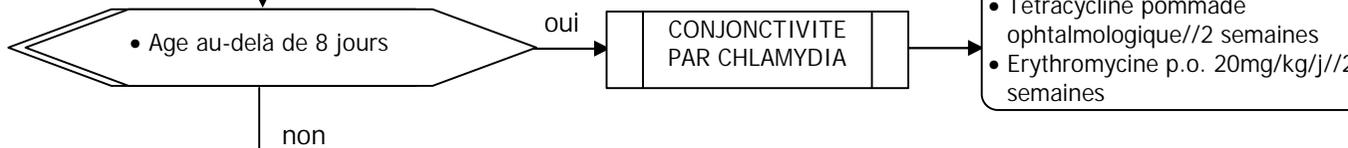


4.1.6. SECRETIONS PURULENTES DE L'ŒIL

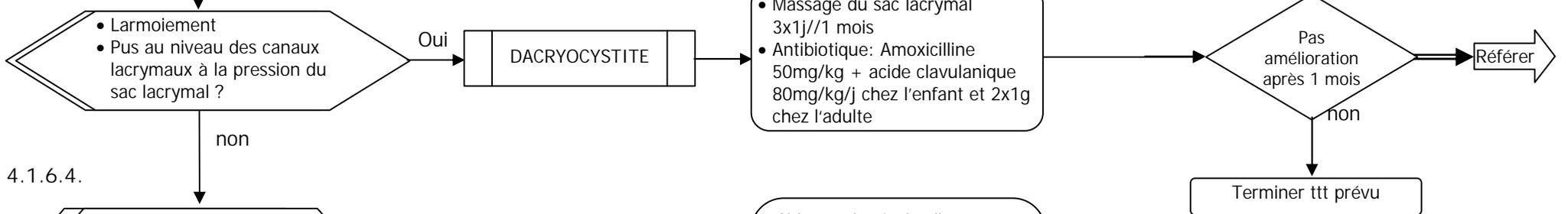
4.1.6.1.



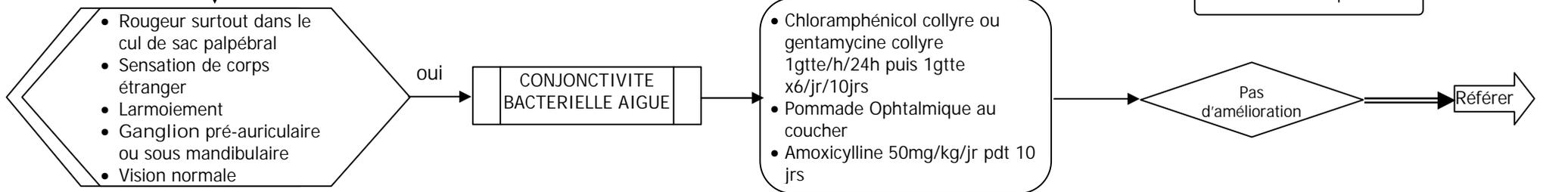
4.1.6.2.



4.1.6.3.

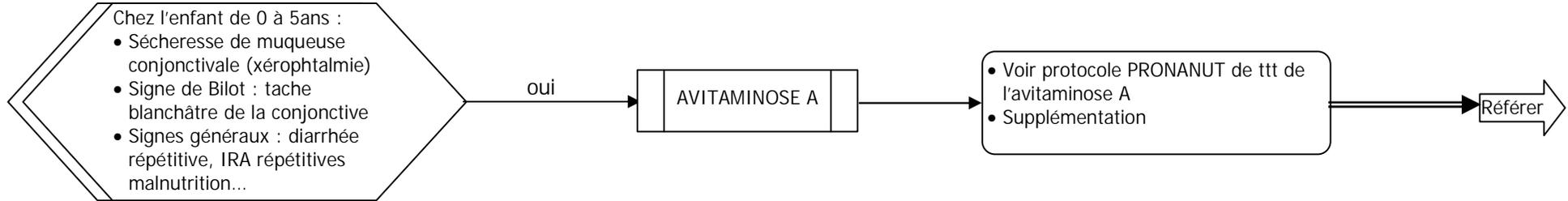


4.1.6.4.

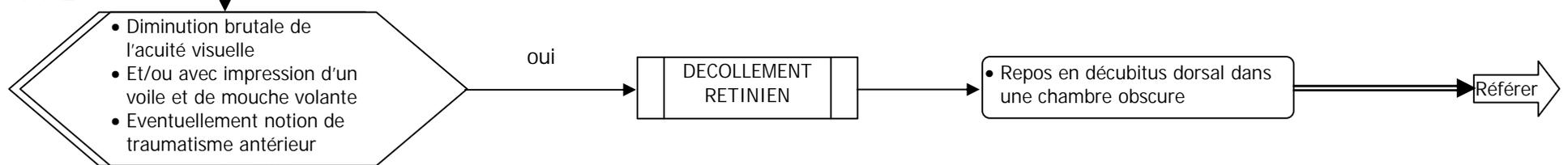


4.1.7. BAISSSE DE LA VISION

4.1.7.1.



4.1.7.2.



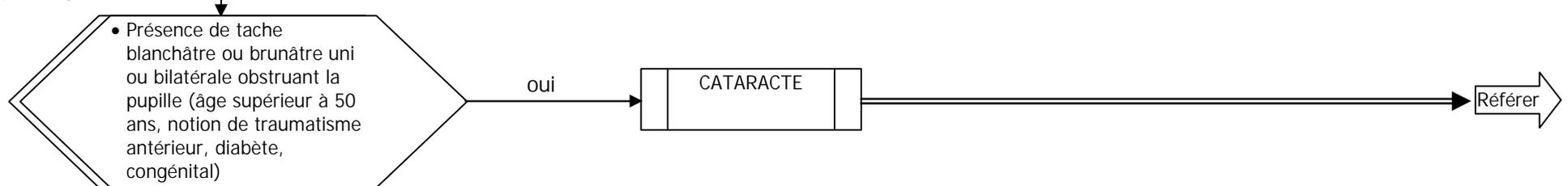
4.1.7.3.

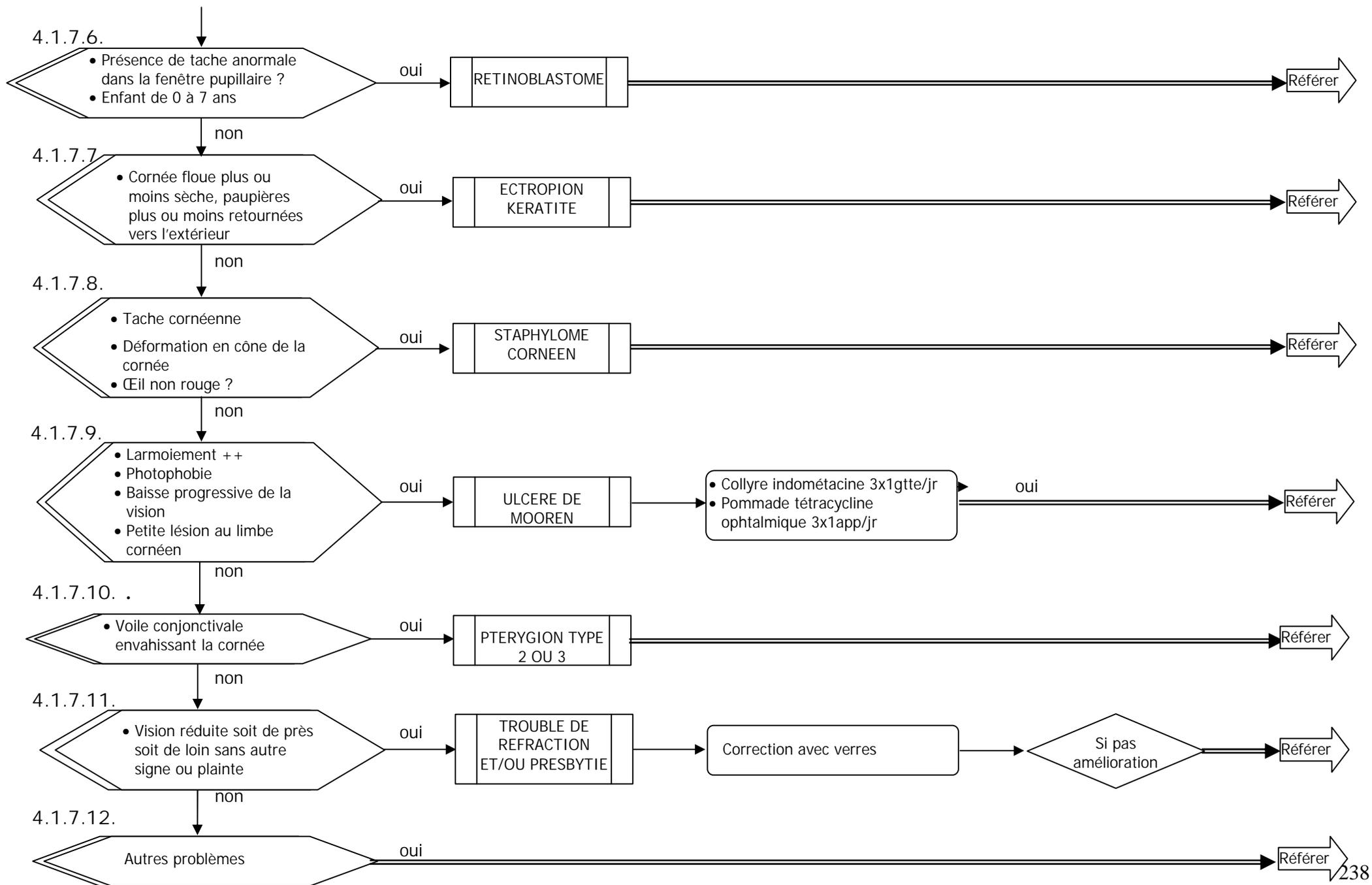


4.1.7.4.



4.1.7.5.





4.2. AFFECTIONS BUCCO–DENTAIRES

1. Problème de santé bucco-dentaire

C'est l'affection au niveau de la bouche en général ou de la dent en particulier.

2. Groupe de problèmes de santé bucco-dentaire

L'ensemble des maladies précises de la bouche ou de la dent que l'on peut retrouver derrière la plainte dominante qu'expose le malade ; cette plainte principale est considérée comme l'élément clé, la porte d'entrée du raisonnement curatif qui ouvre sur l'identification du véritable problème du malade.

B. Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et /ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA)
5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.

Il est recommandé de donner une pâte dentifrice adaptée à l'âge de l'enfant afin d'éviter l'intoxication au fluor.

Examen bucco-dentaire de l'enfant :

Lorsque les enfants âgés de 18 mois à 8 ans sont amenés pour un bilan de santé au centre de santé, un examen bucco-dentaire devrait systématiquement être pratiqué. En particulier, les agents de santé doivent rechercher la carie dentaire ou un éventuel NOMA, quel que soit son stade de développement ; surtout s'il y a des antécédents de malnutrition, rougeole ou une mauvaise hygiène buccale.

C. GUIDE DE LECTURE D'ORDINOGRAMME POUR LES PROBLEMES DE SANTE BUCCO-DENTAIRES

Remarque : Entre directement par la (les) porte (s) avec la (les) plainte (s) du malade en évitant de naviguer sur tout l'ordinogramme.

N°	GROUPE	PROBLEMES A RECHERCHER
I	Anomalies d'ouverture ou de fermeture de bouche	Tétanos, trismus par irritation locale, luxation de l'articulation temporo – mandibulaire, fracture mandibulaire
II	Douleur Bucco-dentaire	Carie dentaire, hyperesthésie dentaire, fracture osseuse ou dentaire
III	Plaie de la bouche	Gingivite ulcéro-nécrotique, noma, péri coronarite aiguë de la dent de sagesse. Aphtes, énanthèmes des fièvres éruptives, muguet, herpès, perlèche, Zona facial
IV	Saignement de la bouche	Corps étranger en bouche, lésions traumatiques des dents et plaies des tissus mous en bouche. Hémorragies post-extractionnelles, gingivites, maladies sanguines, HTA
V	Gonflements, suintements purulents à la joue, à la face, au plancher buccal	Phlegmon, abcès de loge, fistules
VI	Maladies des tissus de soutien de la dent = parodontopathies et autres	<ul style="list-style-type: none"> • Dents branlantes, poches parodontales, abcès parodontal ; • Tumeurs, excroissance de la bouche ; • Ulcération localisée de la bouche ; • Douleurs et craquement à l'articulation temporo-mandibulaire ; • Dents absentes à remplacer (édentation) ; • Dents inesthétiques de mauvaise coloration ou mal posée (s).

D. TECHNIQUE DE REDUCTION D'UNE LUXATION TEMPO-MANDIBULAIRE

E. PREVENIR DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRE

COMPLEMENT

1. Mesures d'hygiène pour la prévention des maladies bucco-dentaires

- 1.1. Chaque jour se brosser correctement les dents à l'aide d'une brosse avec petite tête ou d'un bâtonnet frotte dents de la gencive à la dent et sur les faces où l'on mâche horizontalement, les fibres souples de la brosse massent doucement les gencives. Brosser au moins deux fois par jour dont une fois avant le coucher.
- 1.2. Utiliser un dentifrice enrichi de fluor pour renforcer la résistance des dents (dentifrice au fluor à éviter dans certaines zones de la RDC car leur eau est déjà hyper fluorée dans le Nord-Kivu).
- 1.3. Eviter l'abus de sucre, surtout des sucres collants. L'on brossera régulièrement les dents après une prise d'aliments riche en sucre.
- 1.4. Eviter de fumer le tabac sous toutes ses formes, car il provoque le cancer.
- 1.5. Ne pas décapsuler les bouteilles ou casser des objets durs avec des dents sous peine de casser celles-ci, cause de l'hypersensibilité dentaire.
- 1.6. Consulter le Centre de Santé au moindre problème dentaire
- 1.7. Pour les femmes enceintes, quelques mesures de l'hygiène bucco-dentaire sont à observer, notamment :
 - Se brosser les dents après chaque repas avec une brosse à dents souple et un dentifrice fluoré
 - Nettoyer toutes les surfaces dentaires et pas uniquement les faces visibles des dents
 - Nettoyer la jonction entre les gencives et les dents
 - Se rincer la bouche notamment avec un bain au bicarbonate ou au fluor en cas de vomissement (car les vomis sont acides et favorise la carie dentaire)
 - Prévoir une consultation de suivi (exemple au 4^{ème} mois de grossesse chez un dentiste)
 - Equilibrer l'alimentation

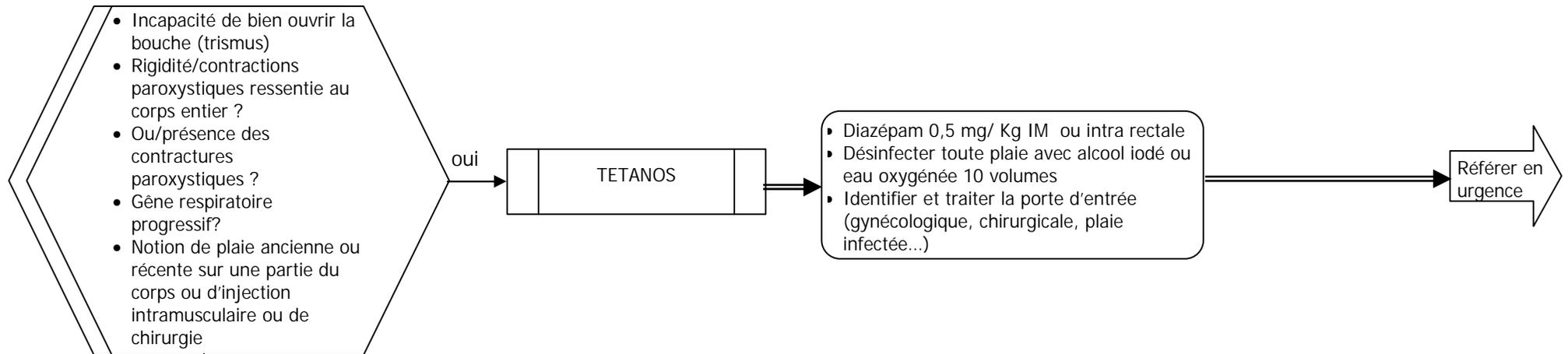
N.B. : Le Centre de Santé doit prévoir une séance d'éducation sanitaire sur la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire pendant la CPN.

2. Technique de réduction d'une luxation temporo-mandibulaire

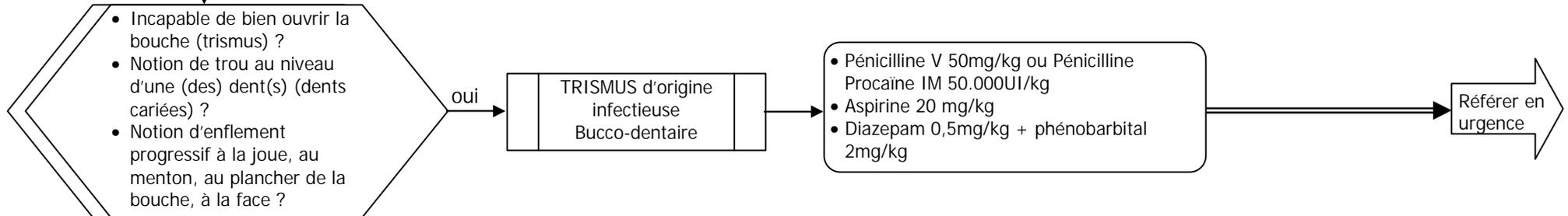
- 2.1. Patient assis droit, bien calé en arrière par le dossier du siège (bouche bien sûr restée fortement ouverte)
- 2.2. L'infirmier, mains gantées, debout face au patient, relativement penché en avant, faces antérieures de ses pouces posées à plat sur les surfaces triturantes des molaires, les autres doigts empoignant la mâchoire inférieure par dehors.
- 2.3. Un mouvement sec d'abaissement plus pulsion vers l'arrière du patient : la bouche se referme
- 2.4. Immobiliser la mandibule en plaçant une fronde mentonnière pour quelques heures
- 2.5. Donner un anti-inflammatoires (Ibuprofène, AAS) pendant 2 à 3 jours
- 2.6. Eviter l'ouverture large (rire, bâillements, cris) à nouveau.

4.2.1. ANOMALIES D'OUVERTURE OU DE FERMETURE DE LA BOUCHE

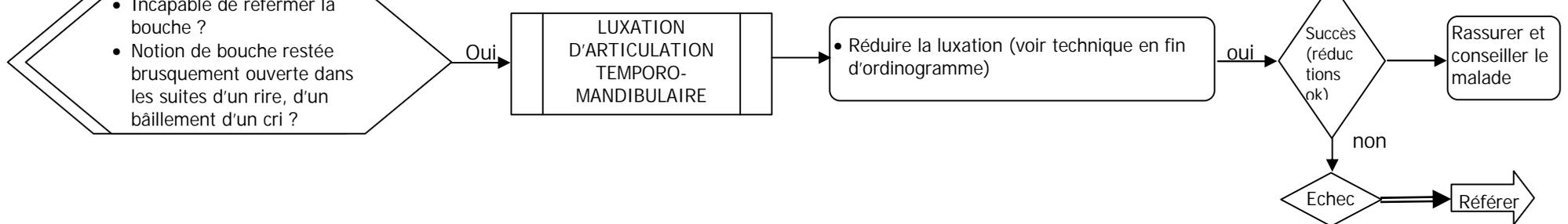
4.2.1.1.



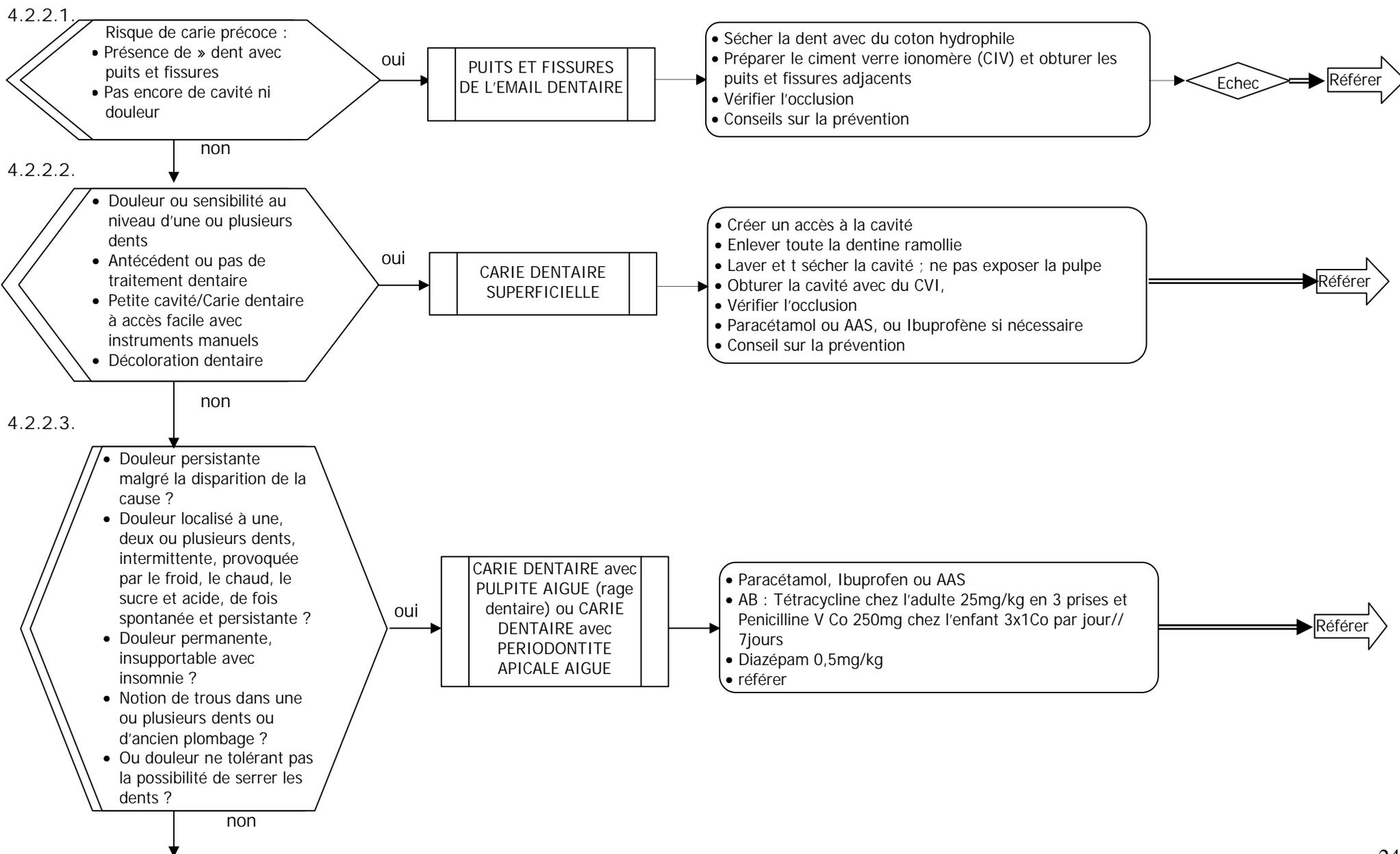
4.2.1.2.

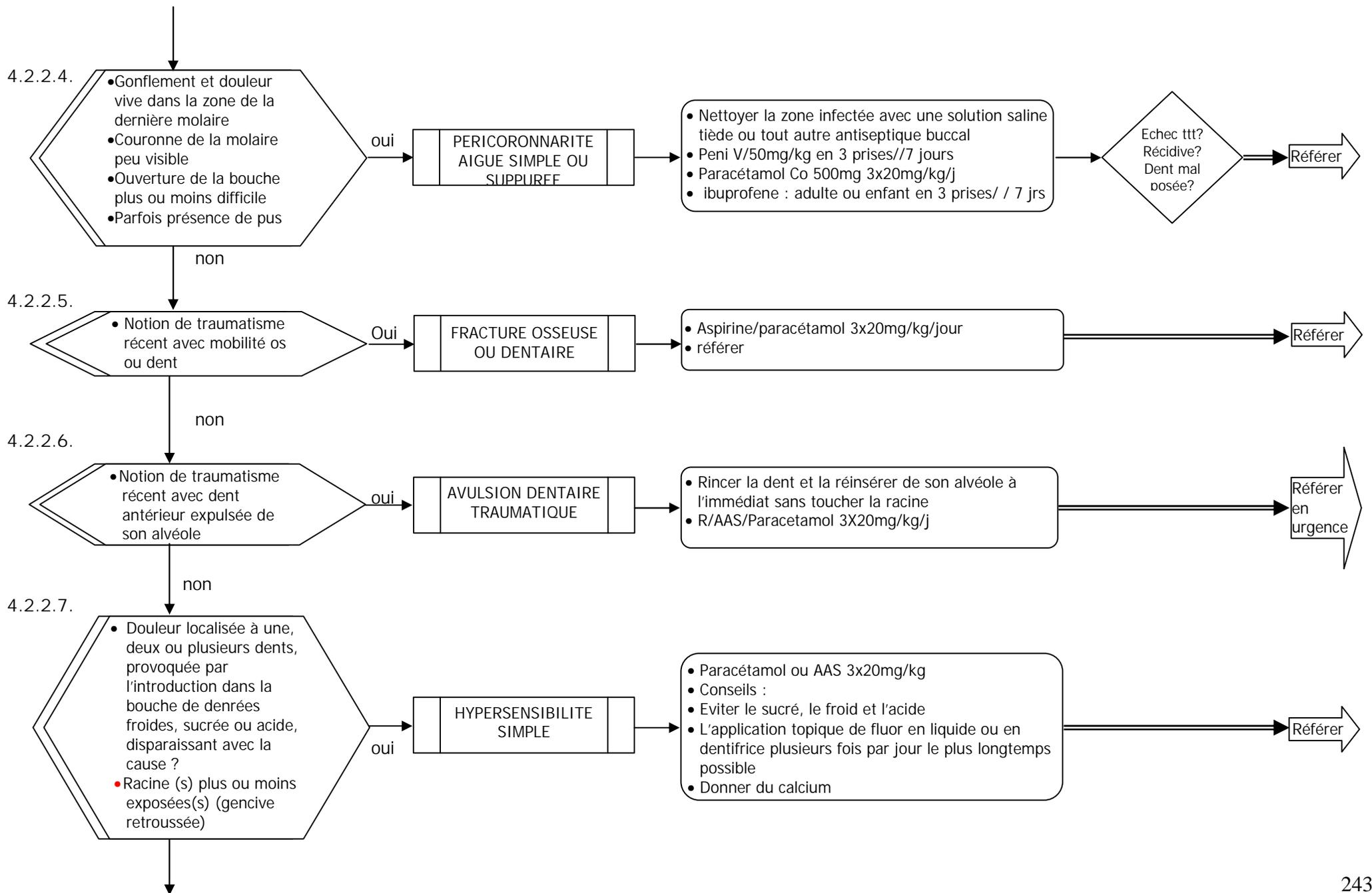


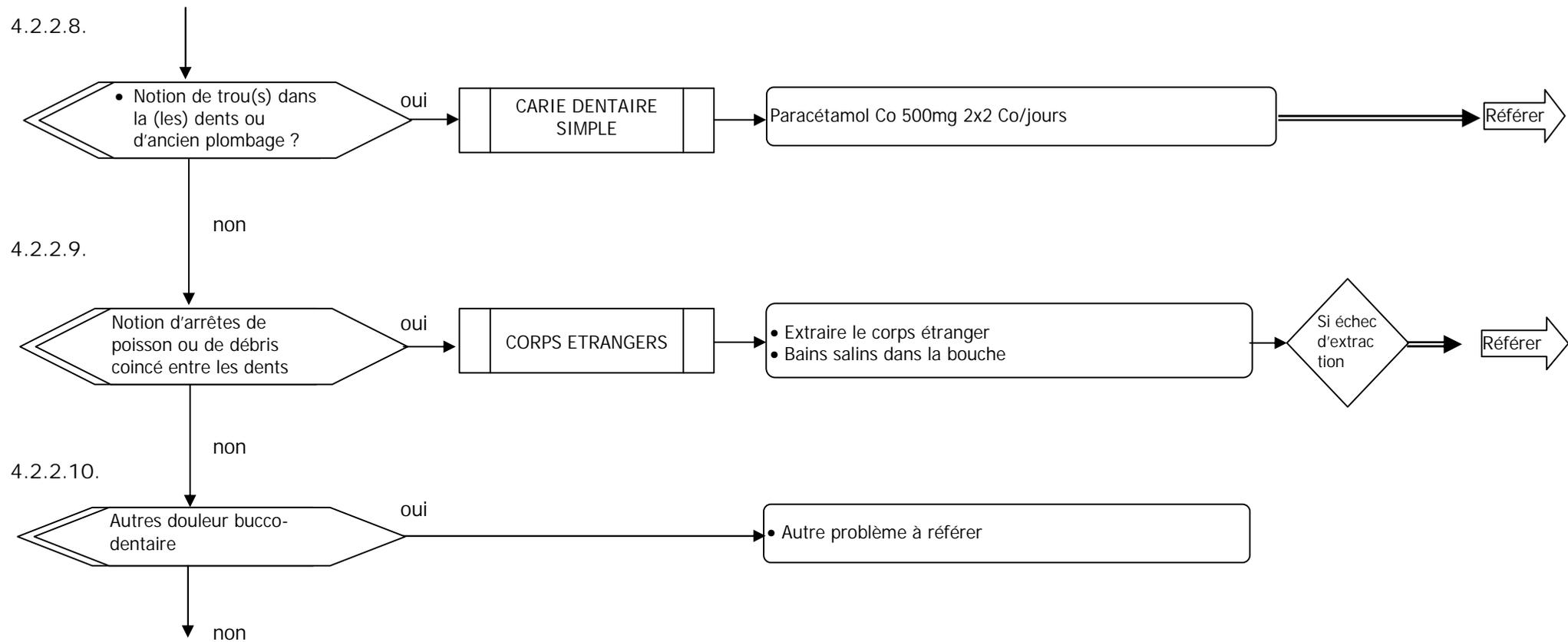
4.2.1.3.



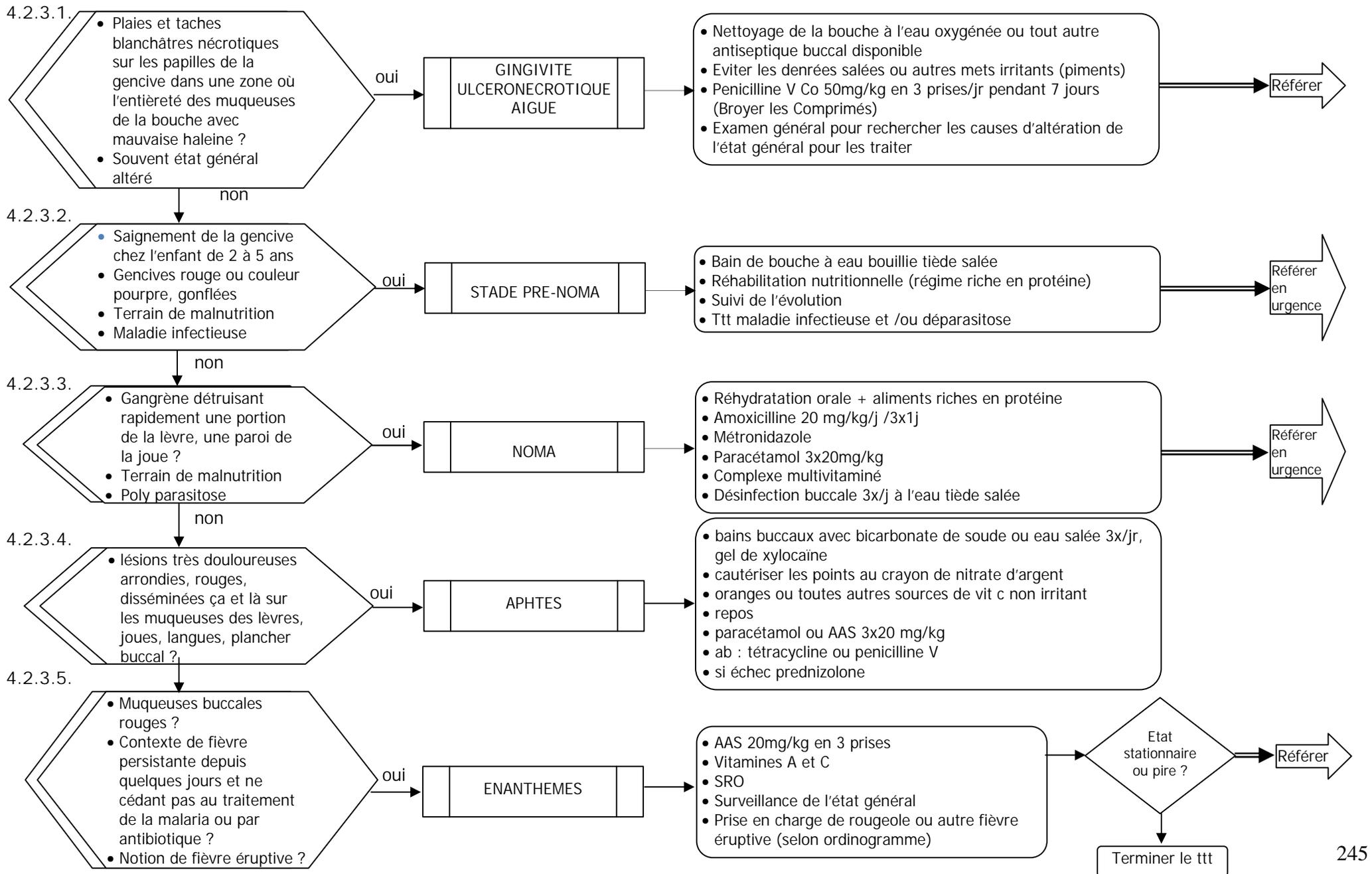
4.2.2. DOULEUR BUCCO-DENTAIRE

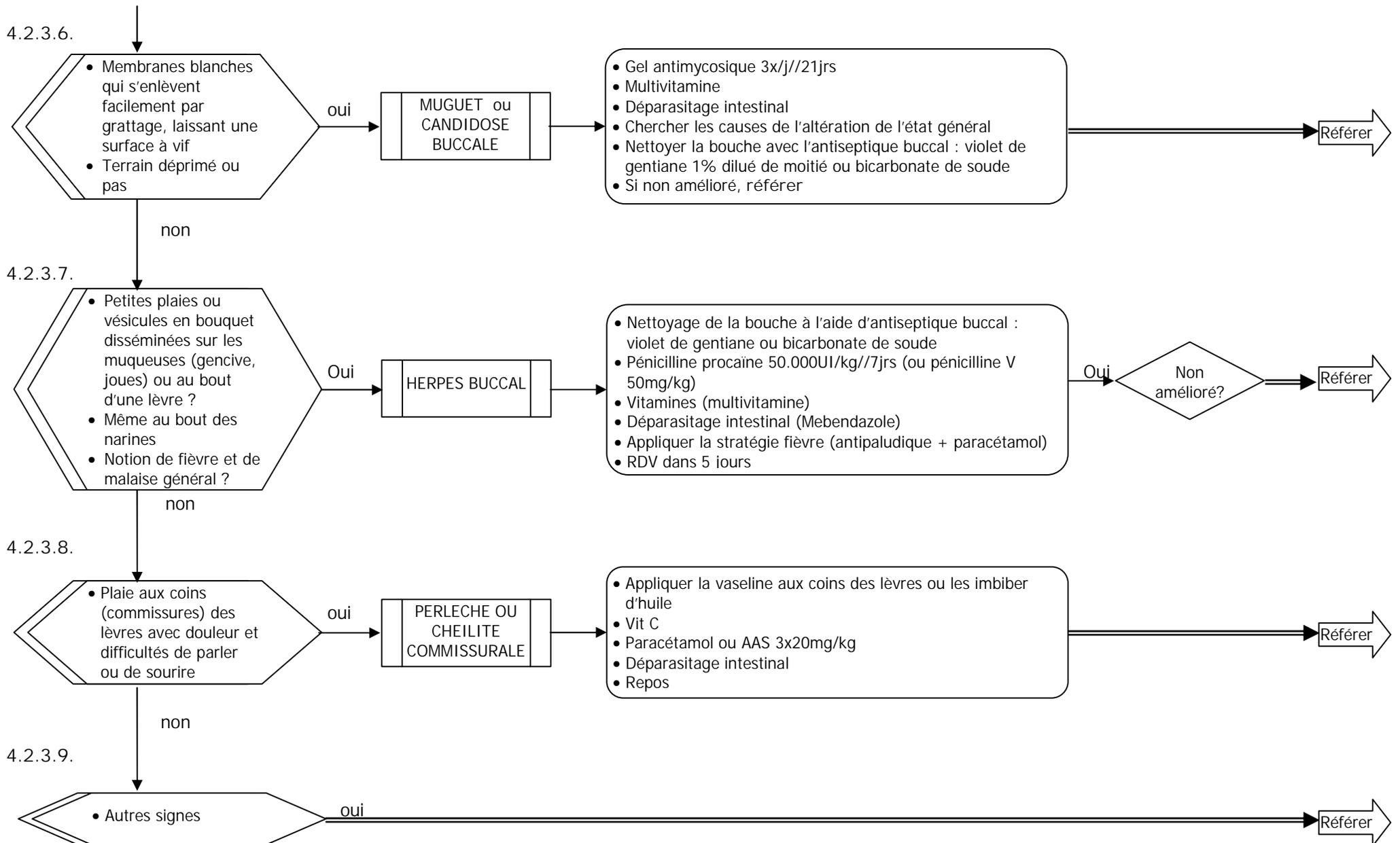






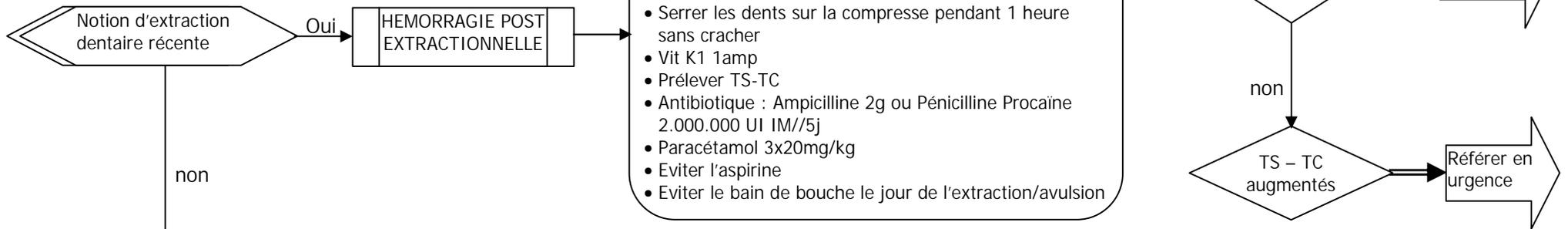
4.2.3. PLAIE DE LA BOUCHE



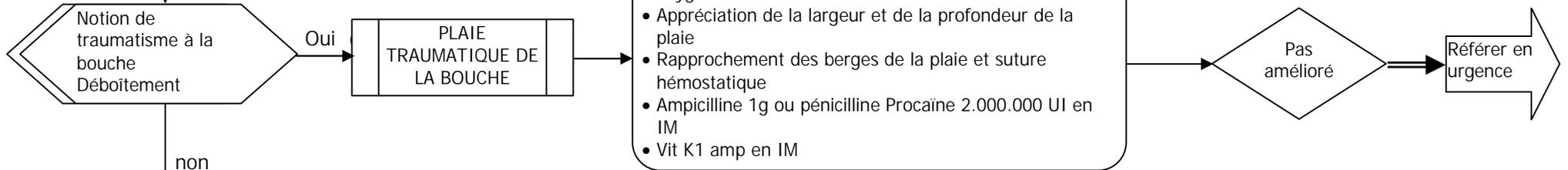


4.2.4. SAIGNEMENTS DE LA BOUCHE

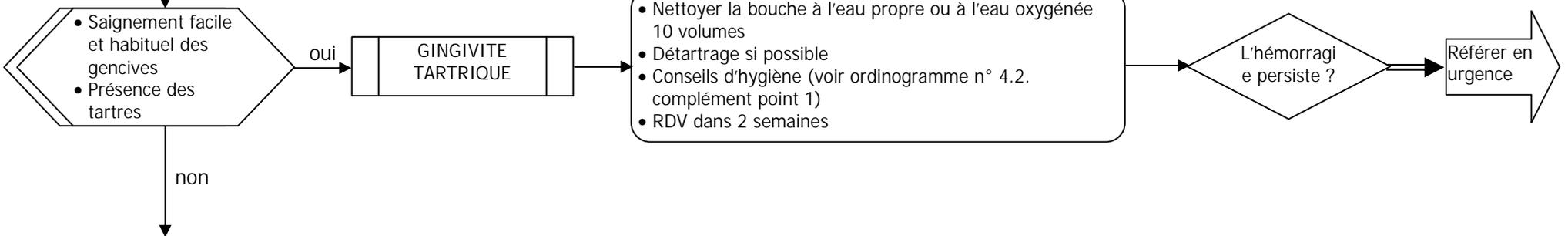
4.2.4.1.



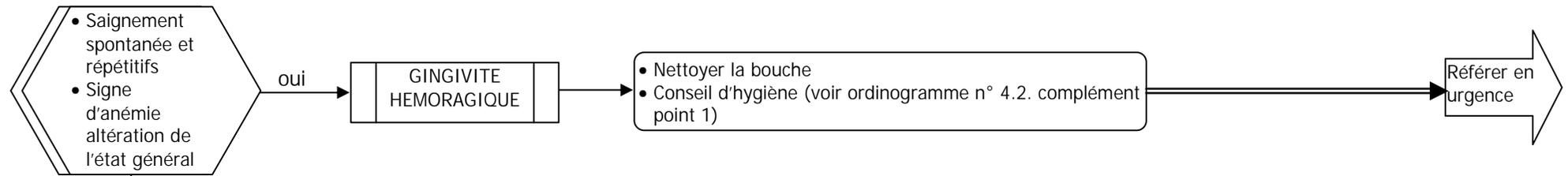
4.2.4.2.



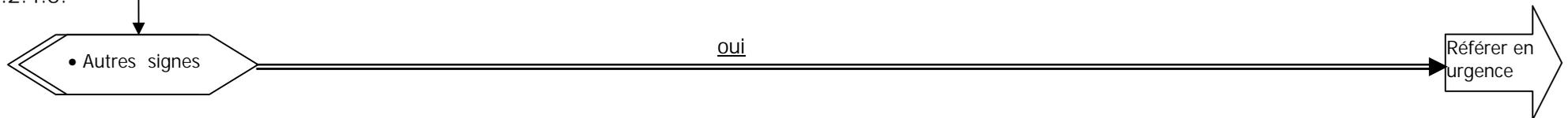
4.2.4.3.



4.2.4.4.

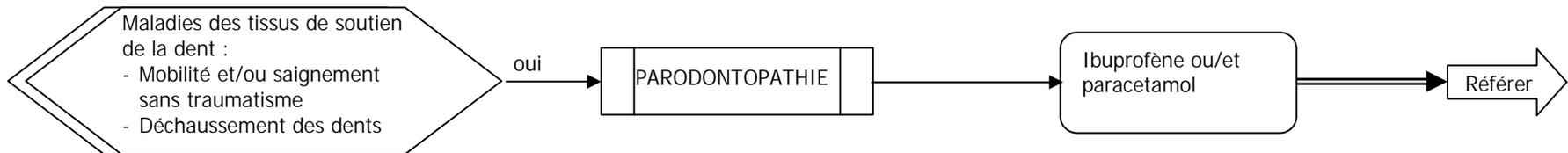


4.2.4.5.



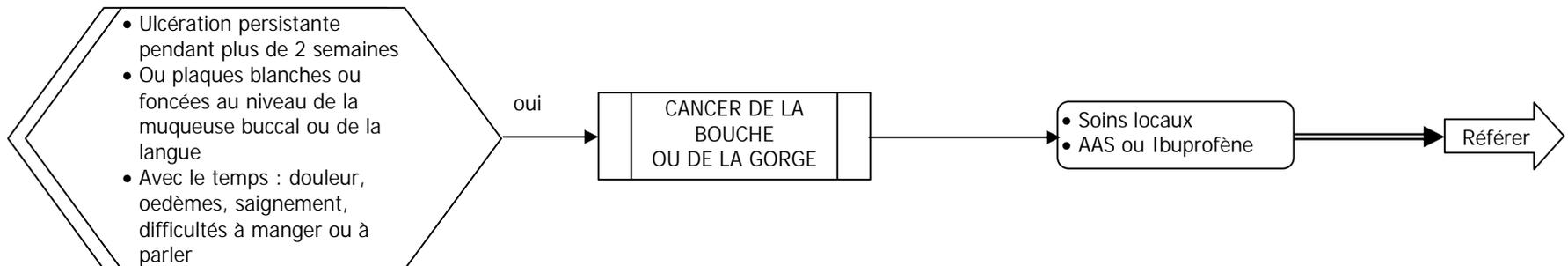
4.2.5. MALADIES DES TISSUS DE SOUTIEN DE LA DENT

4.2.5.1.



4.2.5.2. Nouveau-né avec fente à la lèvre supérieure et fente palatine : Fentes labio-palatines (bec de lièvre)

4.2.5.3. Ulcération persistante pendant plus de 2 semaines



4.3. AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES

A. DEFINITIONS

a) Problème de la peau

Maladie de la peau et manifestation cutané d'autres maladies

B. Dans l'anamnèse, rechercher chaque fois, en plus : 1) Fièvre et/ou Céphalées (paludisme, THA) 2) Toux (TBC) 3) Diarrhée 4) Céphalées (HTA) 5) Amaigrissement progressif et souvent malade (VIH/SIDA, THA).

Si oui, voir ordinogramme correspondant.

c) Groupe de problèmes de santé de la peau

L'ensemble des maladies précises de la peau que l'on peut retrouver derrière la plainte dominante qu'expose le malade.

Cette plainte principale est considérée comme l'élément clé, la porte d'entrée du raisonnement curatif qui ouvre sur l'identification du véritable problème du malade.

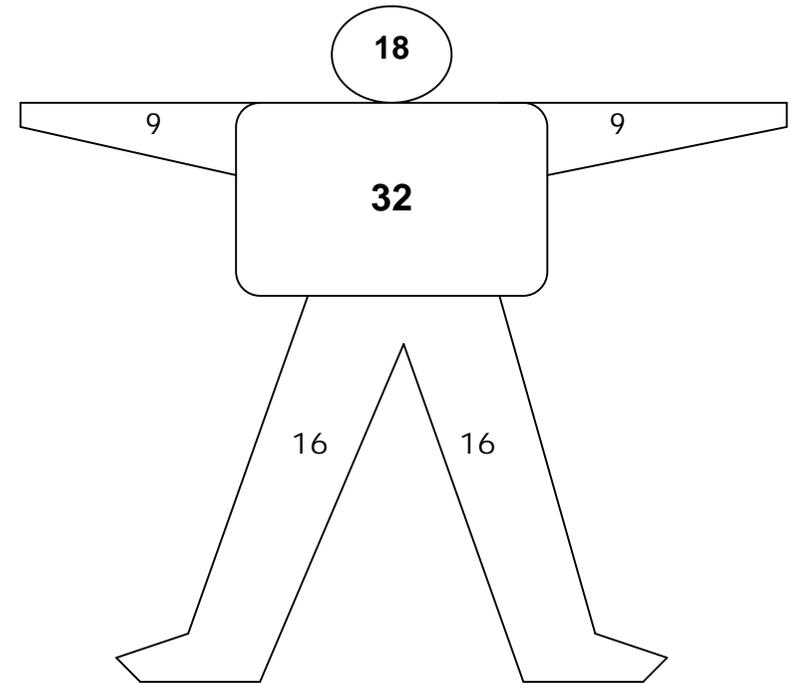
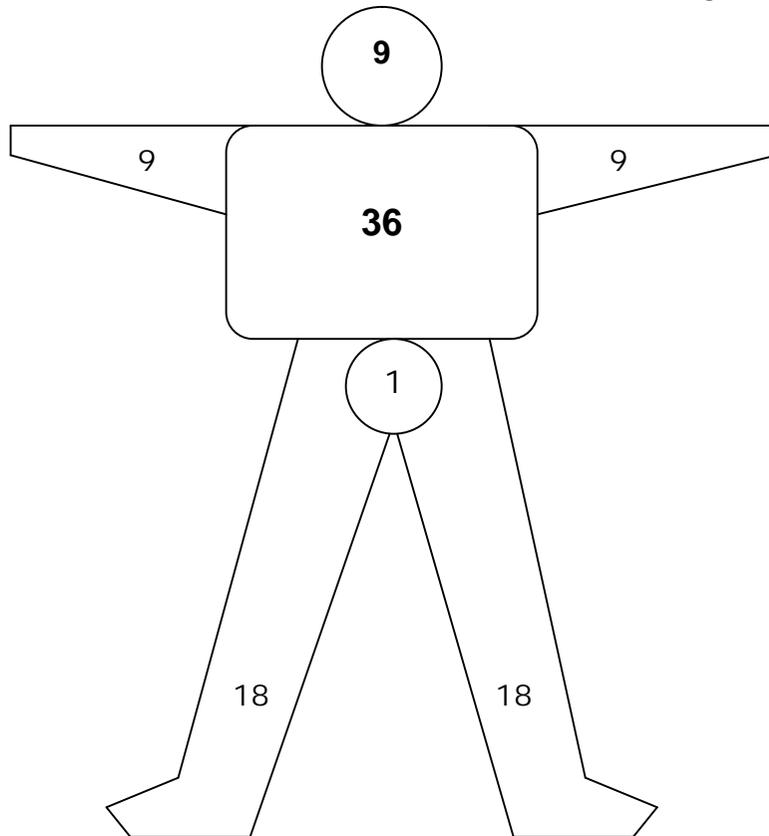
B. GUIDE DE LECTURE D'ORDINOGRAMMES POUR LES PROBLEMES DE SANTE DE LA PEAU

Remarque : Entrez directement par la (les) porte (s) en rapport avec la (les) plainte (s) des malades en évitant de naviguer sur tout l'ordinogramme

N°	GROUPE	PROBLEMES A RECHERHER
I	BRULURES	Lésions de brûlure graves ou simples
II	DEMANGEAISONS	Allergie, gale, oxyurose, moniliose, trichomonas vaginale, poux, mycoses, teignes, bourbouille, eczéma, myiase rampante, myiase furonculaire, Sida, Diabète, Filariose, problème hépatique
III	ERUPTION SUR LA PEAU	
IV	MORSURES	Lésions de morsure
V	PIQURES	Lésions de piqûre
VI	PLAIES, ULCERATIONS	Plaies simples, plaies compliquées, syphilis, lymphogranulomatose vénérienne
VII	TACHES SUR LA PEAU	Lèpre, Pythiriasis versicolor, Mycoses, Teigne, Kaposi.

C. ORDINOGRAMMES

CALCUL DE SURFACE
Règle de 9 WALLACE



REGLE DE BAUX POUR PRONOSTIC DE BRULURE

- Si % surface + âge > 100 : Décès presque inévitable
- Si % surface + âge = 50 – 100 : Chance de survie = 50%

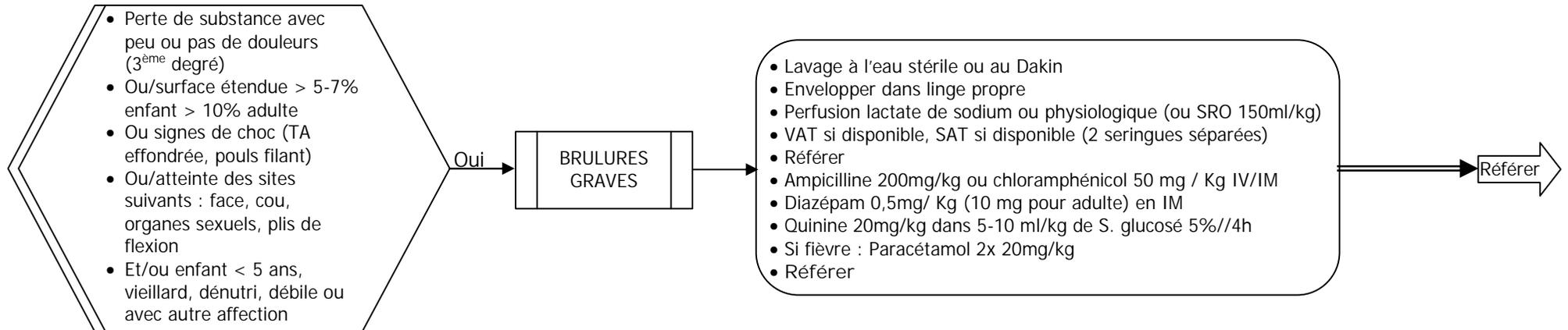
EVOLUTION DES BRULES

- 1^{er} et 2^{ème} jour : déshydratation avec hémococoncentration et toxémie
Nécessité de réhydratation intensive
- 3^{ème} jour : hémodilution. Réduire la réhydratation
- Jours suivants : risque de dénutrition et d'infection, plus tard problème de cicatrisation.

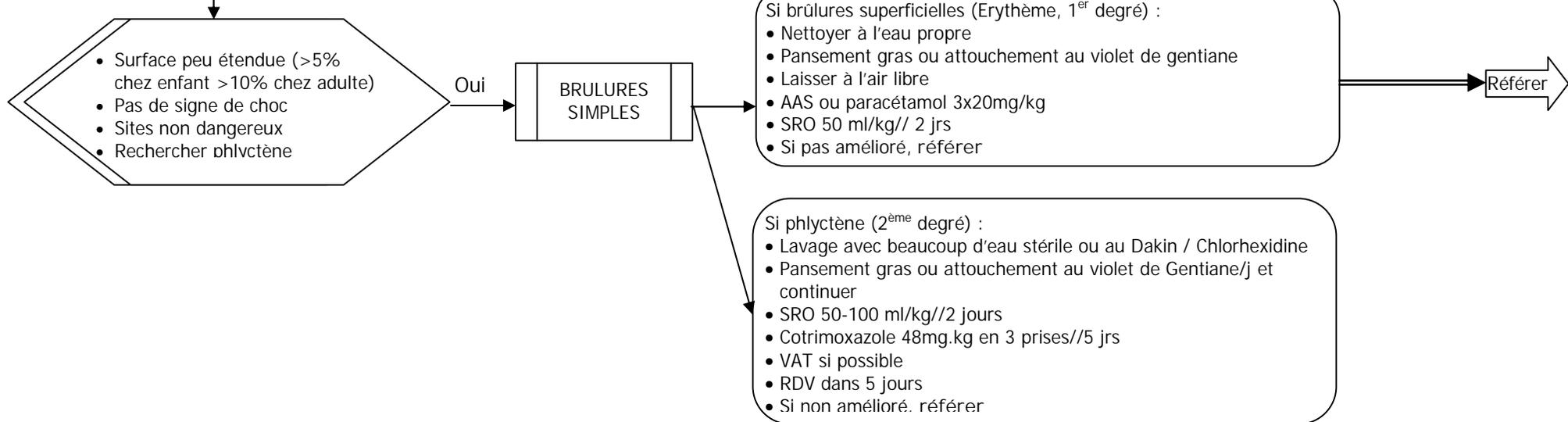
4.3.1. BRULURES

DEFINITION : Ce sont les lésions des tissus provoqués par la chaleur ou par les produits chimiques corrosifs, qui peuvent être : le feu, le liquide chaud, la vapeur, les gaz, les acides, la soude caustique, etc. ...

4.3.1.1

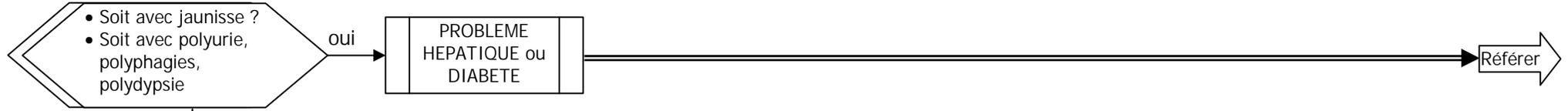


4.3.1.2.

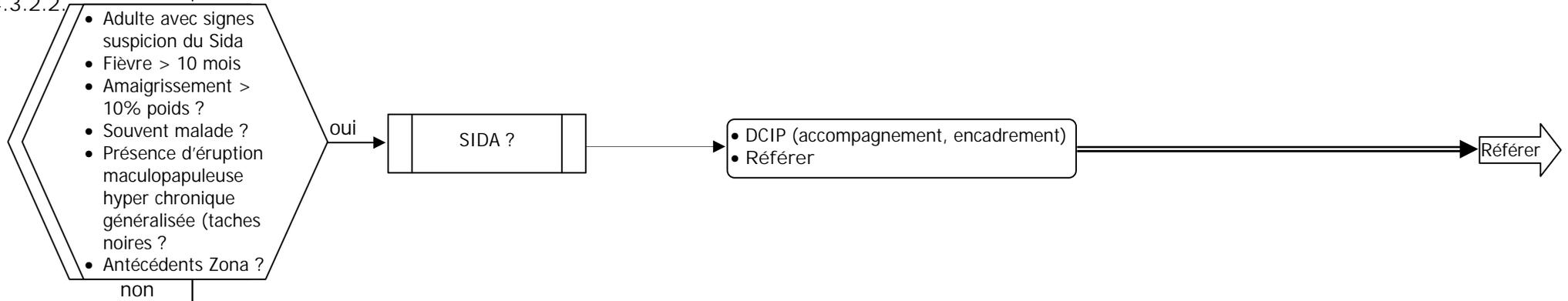


4.3.2. DEMANGEAISONS

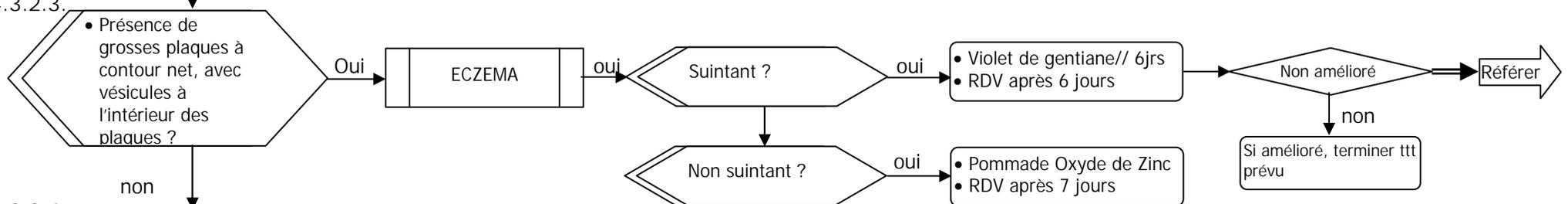
4.3.2.1.



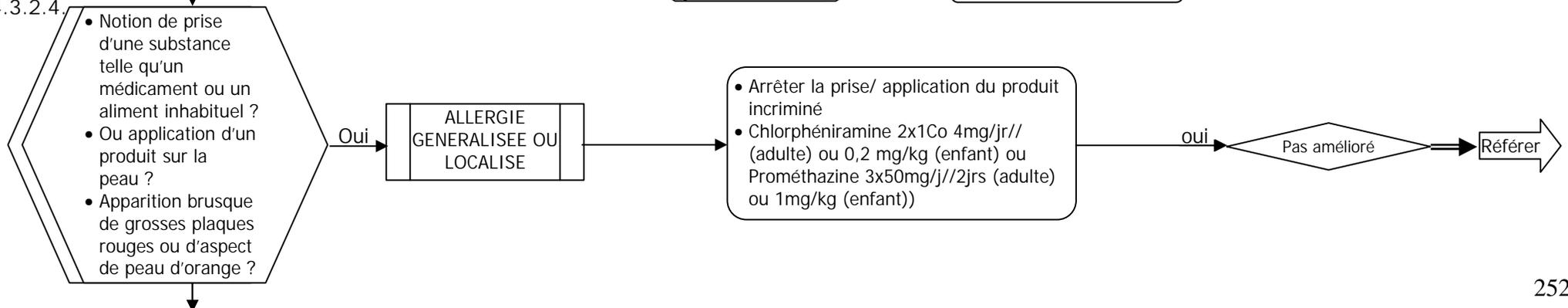
4.3.2.2.

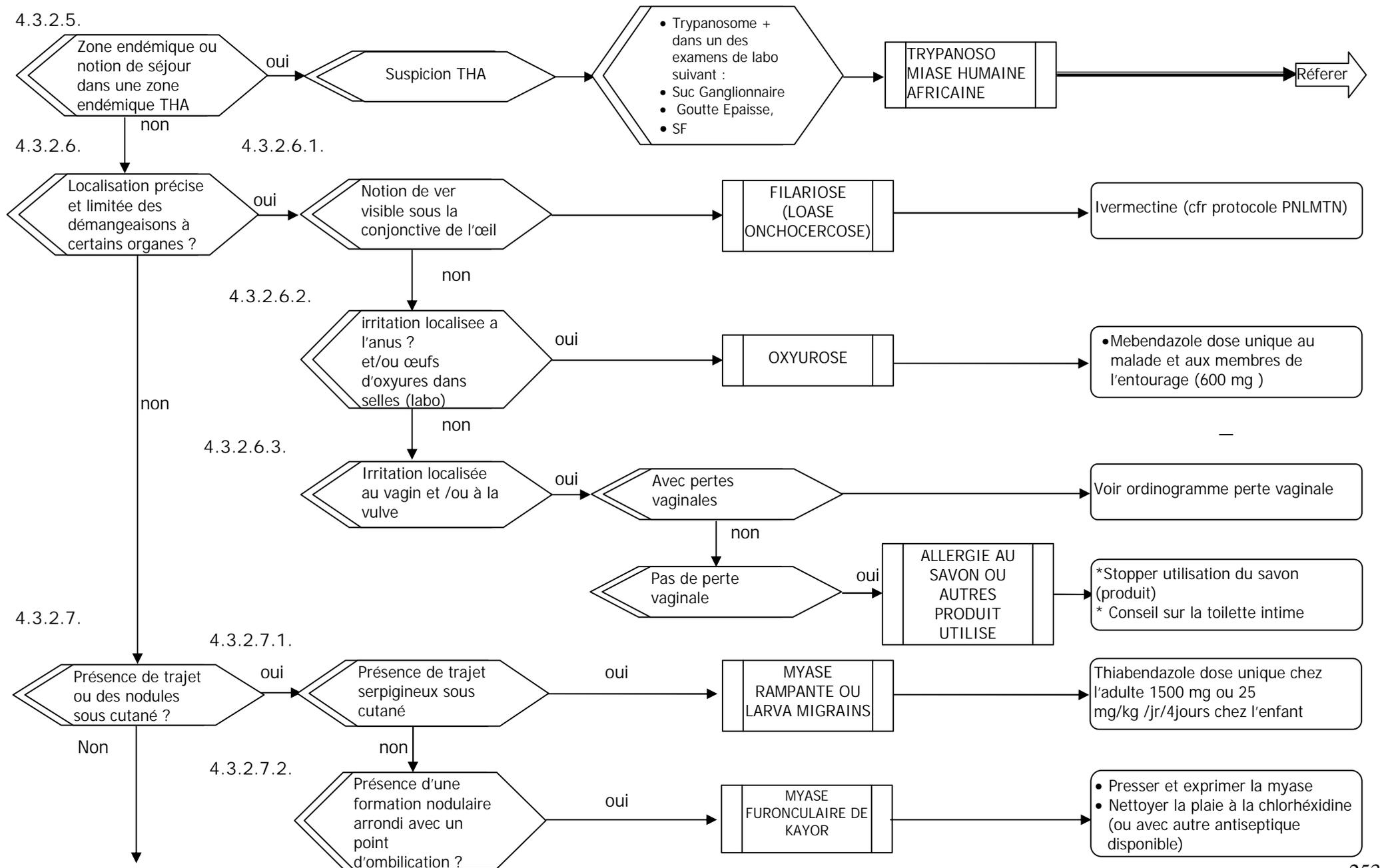


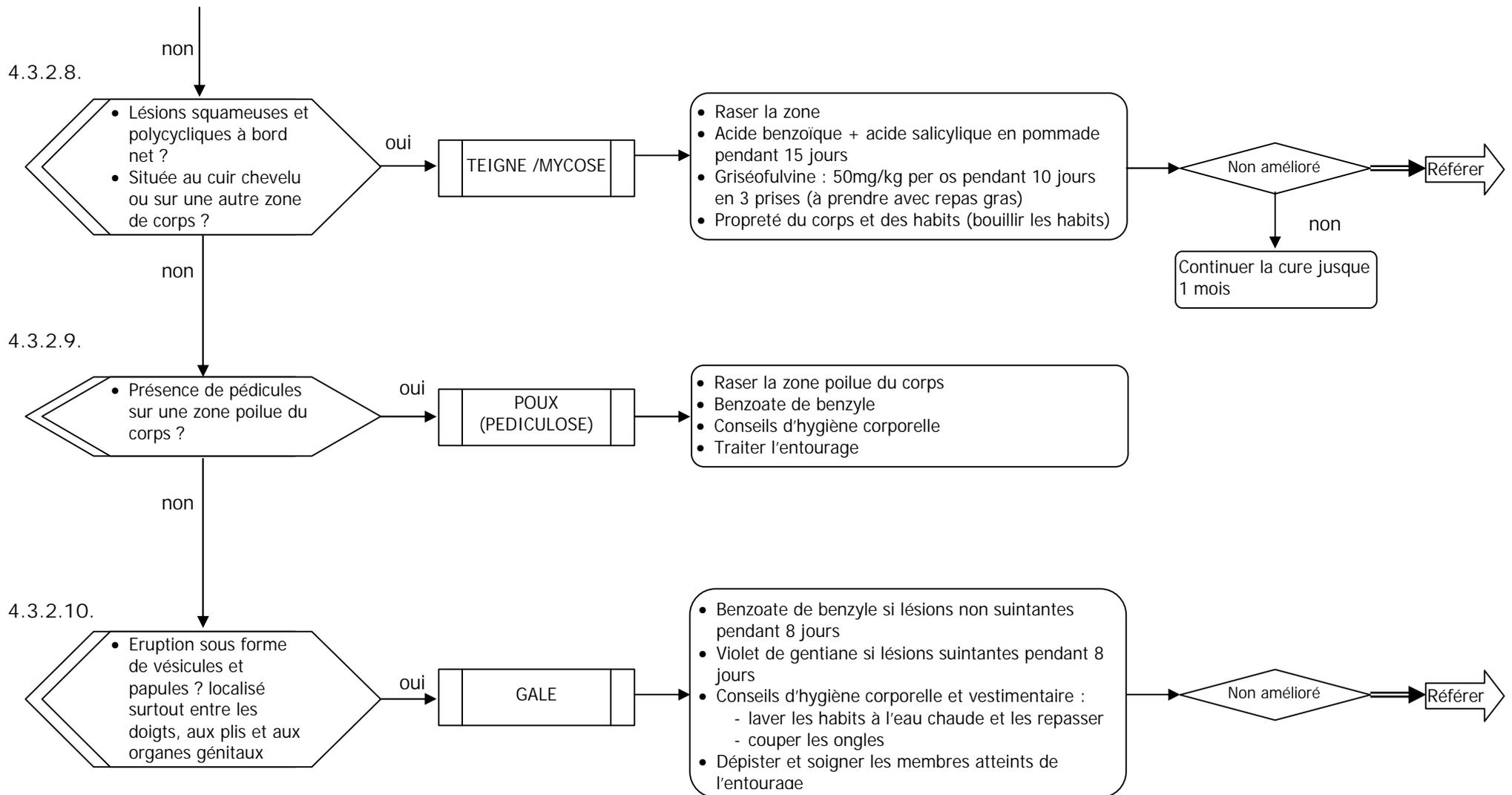
4.3.2.3.



4.3.2.4.

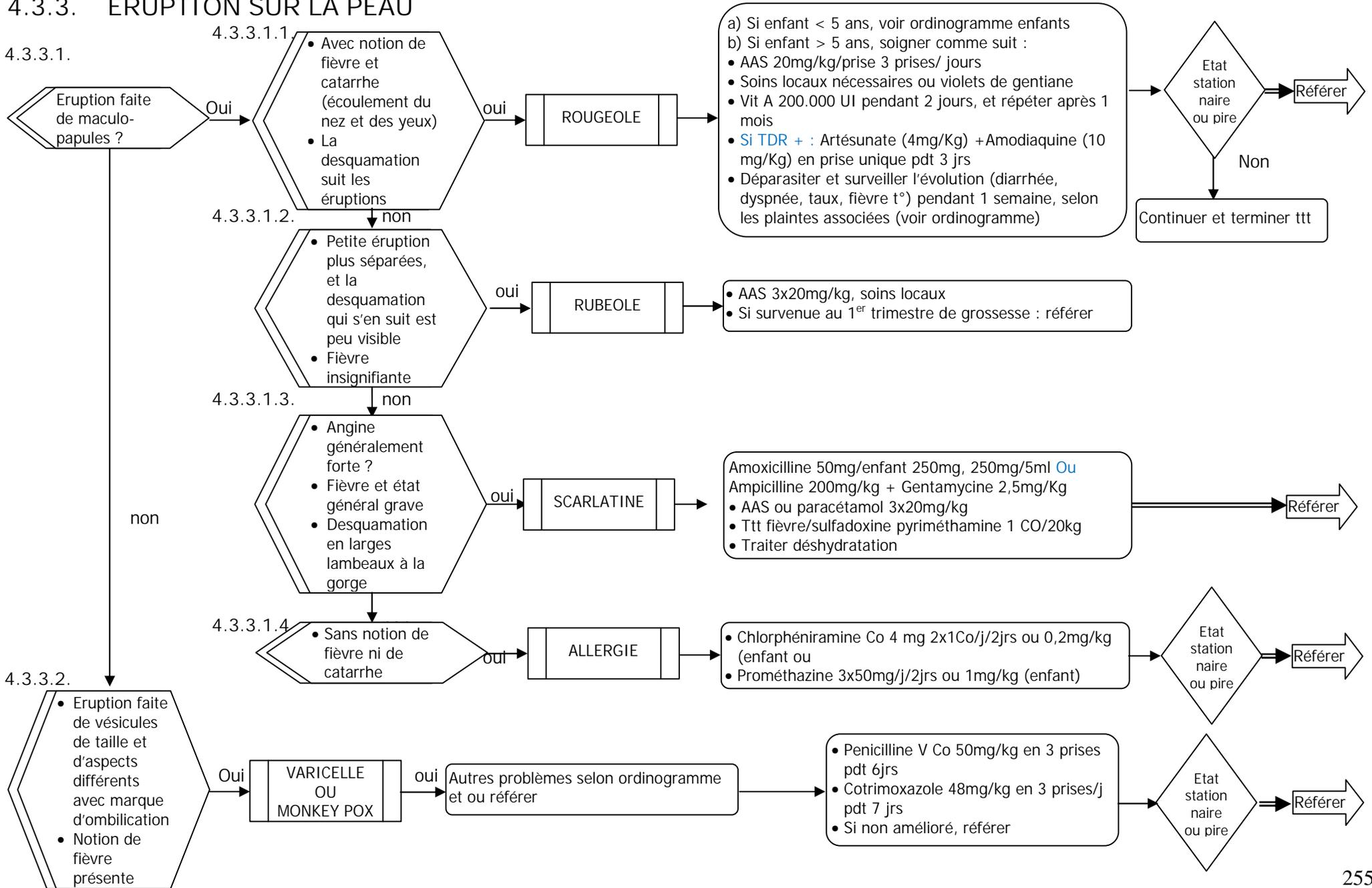


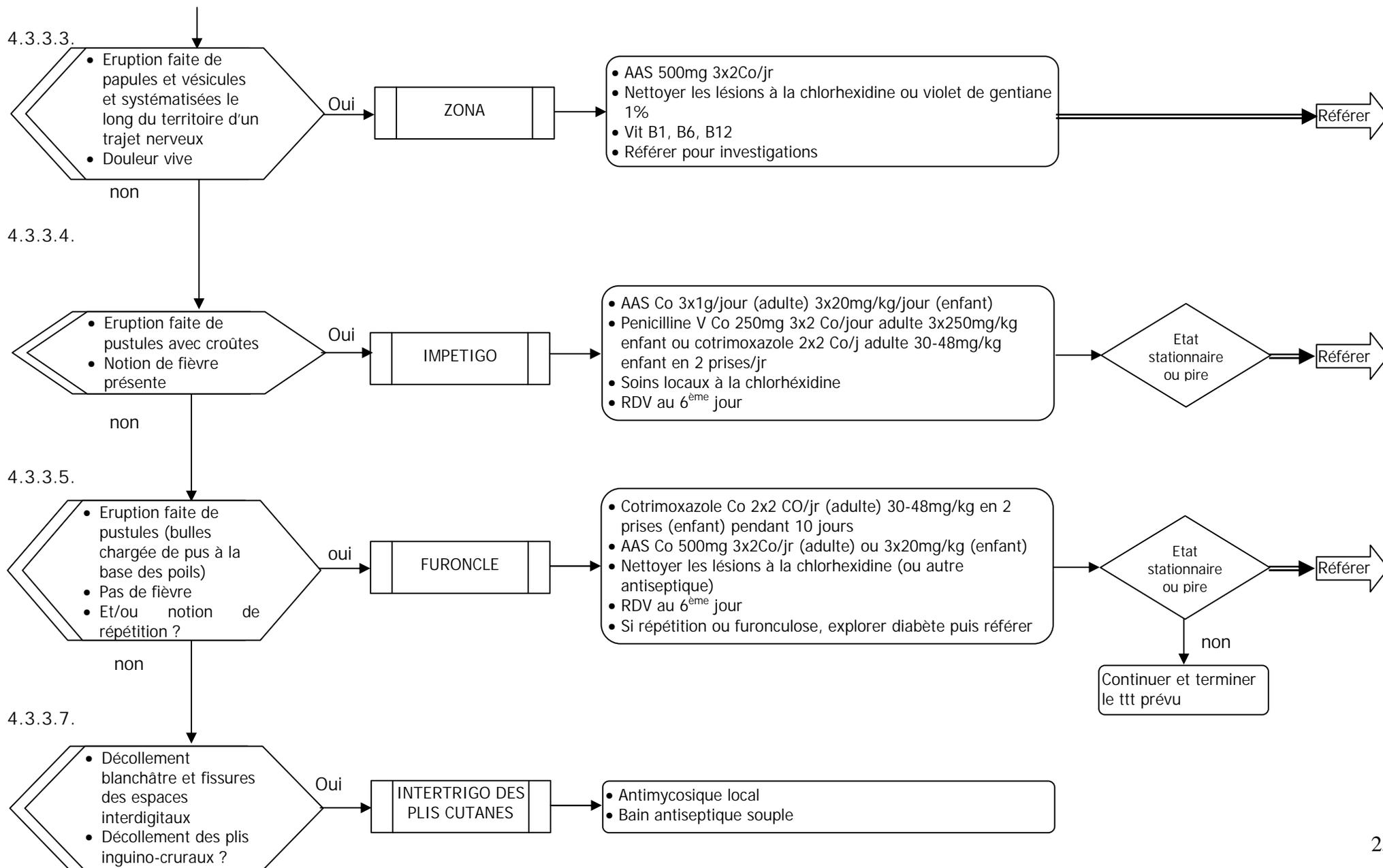




4.3.3. ERUPTION SUR LA PEAU

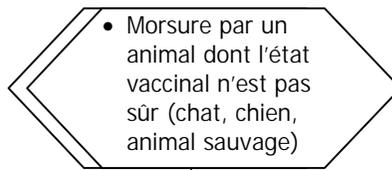
4.3.3.1.



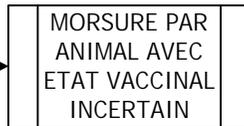


4.3.4. MORSURES

4.3.4.1.



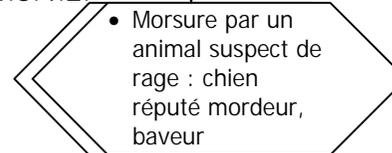
Oui



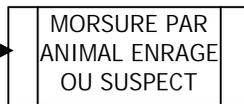
- Nettoyer le site à la chlorhexidine ou dakin
- Pénicilline Proc 50.000 UIM/kg/7jours
- VAT 1 dose
- SAT (seringue séparée avec VAT)
- Observer l'animal pendant 14 jours : s'il meurt, c'est un animal enragé, alors référer le malade
- Si l'animal n'est pas mort, RDV du malade au 28^{ème} jour
- Référer le malade pour toute suspicion de rage

non

4.3.4.2.



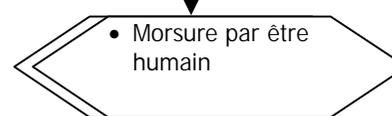
oui



Référer

non

4.3.4.3.



Oui



- Nettoyer le site à la chlorhexidine
- VAT 0,5 ml si nécessaire
- SAT (seringue séparée avec VAT)
- Suture si nécessaire
- Cotromoxazole 48mg/kg/jr en 3 prises ptd 7 jrs
- Pansement chaque jour
- RDV dans 7jors

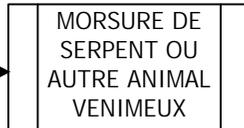
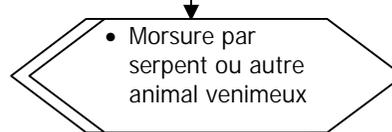
Etat stationnaire ou pire

Référer

Non

Continuer le pansement jusqu'à cicatrisation

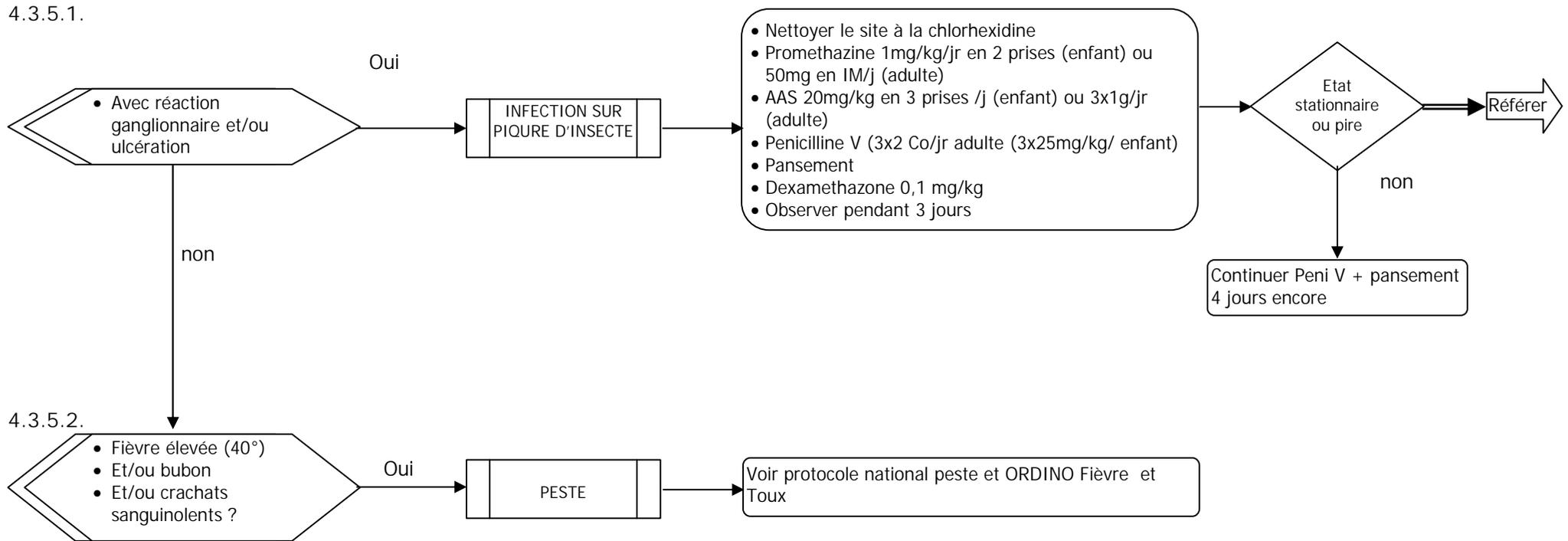
4.3.4.4.

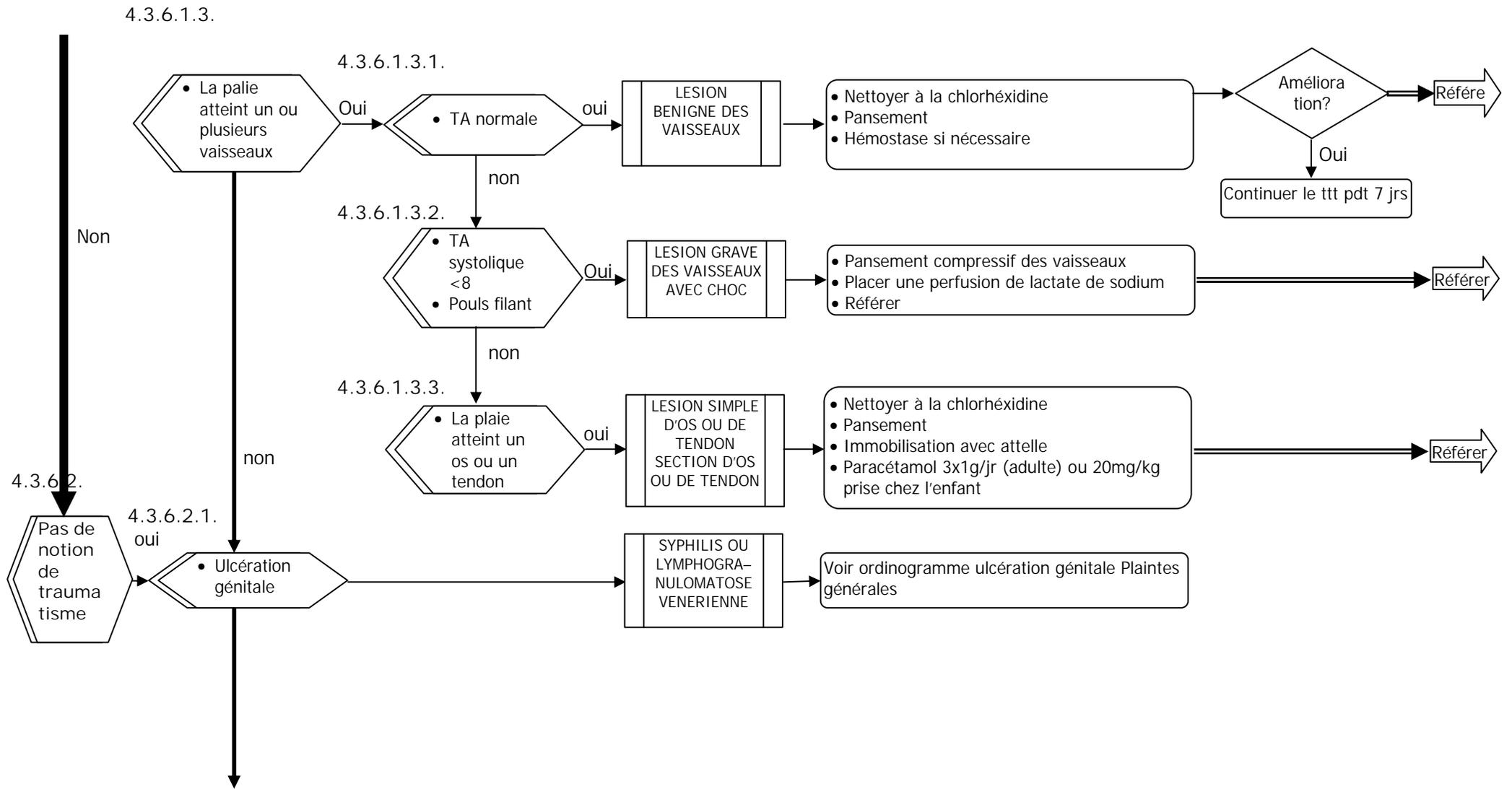


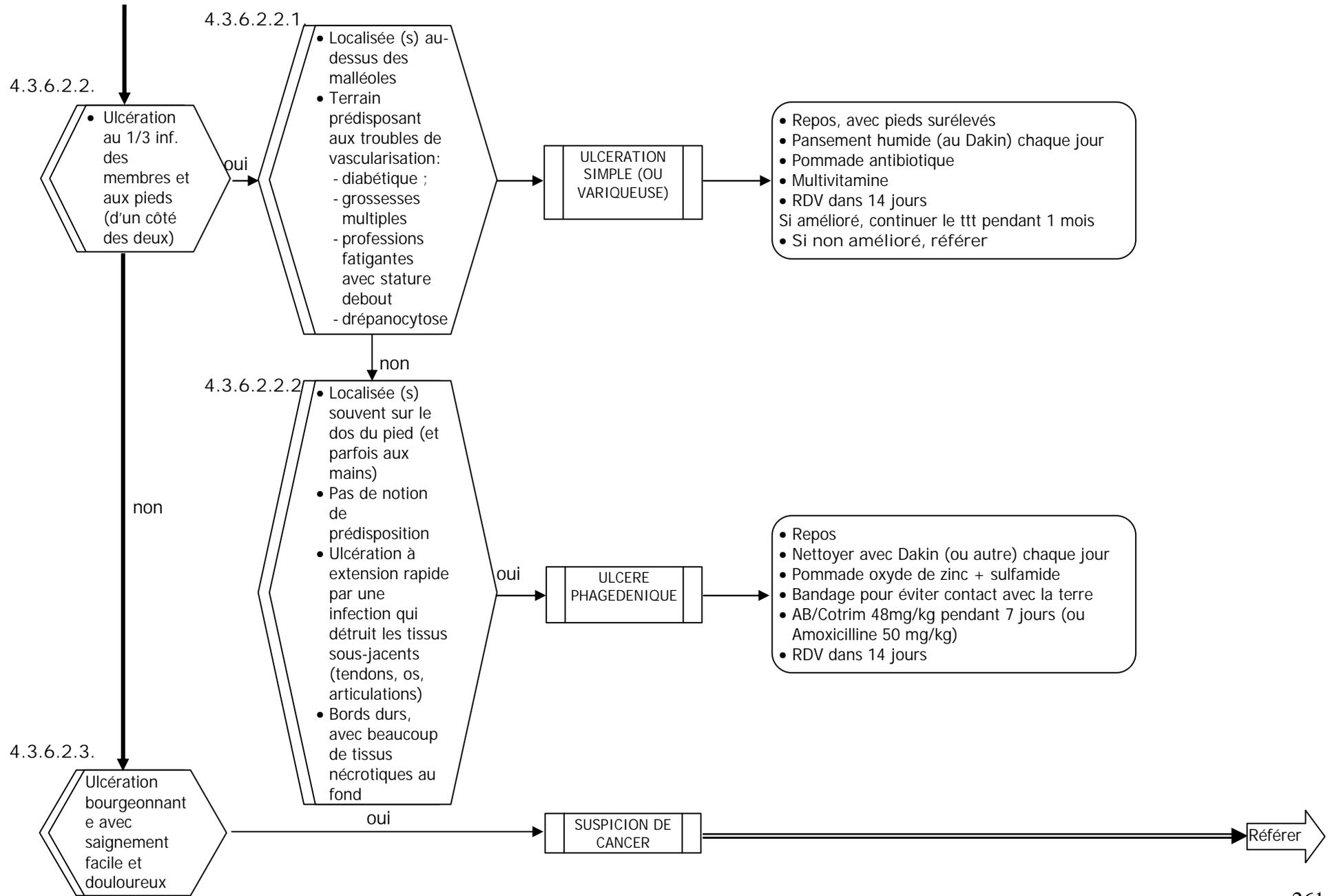
- Garrot
- 1 dose d'aspirine 60mg/kg
- Placer sous sérum lactate 15ml/kg
- Nettoyer le site à la chlorhexidine
- Soigner l'endroit de la morsure
- Pas de suture
- Scarification tout autour (sucrer le venin si le suceur n'a pas de plaie dans la bouche)
- Application de la pierre noire
- Référer

Référer

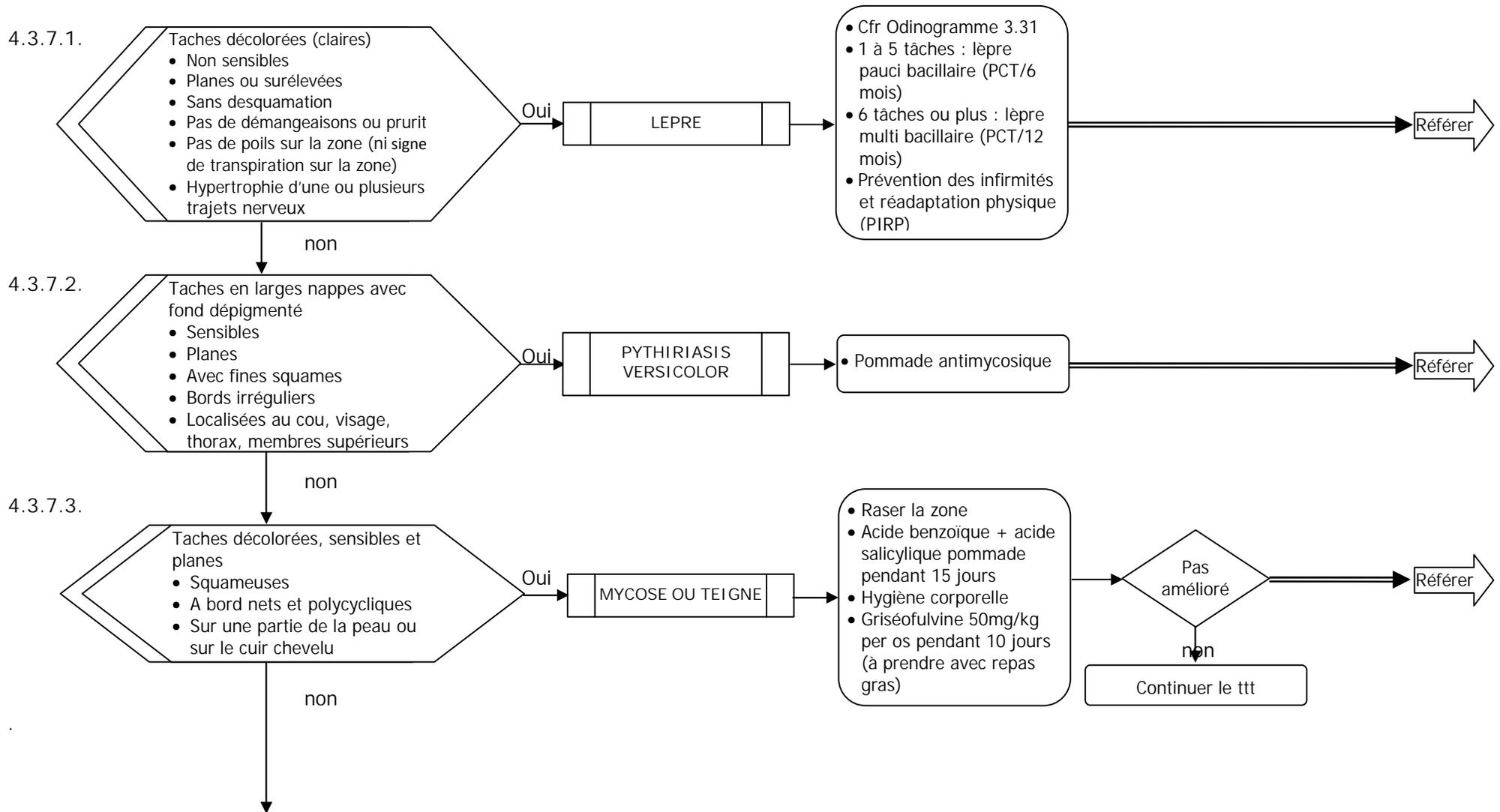
4.3.5. PIQURES D'INSECTES

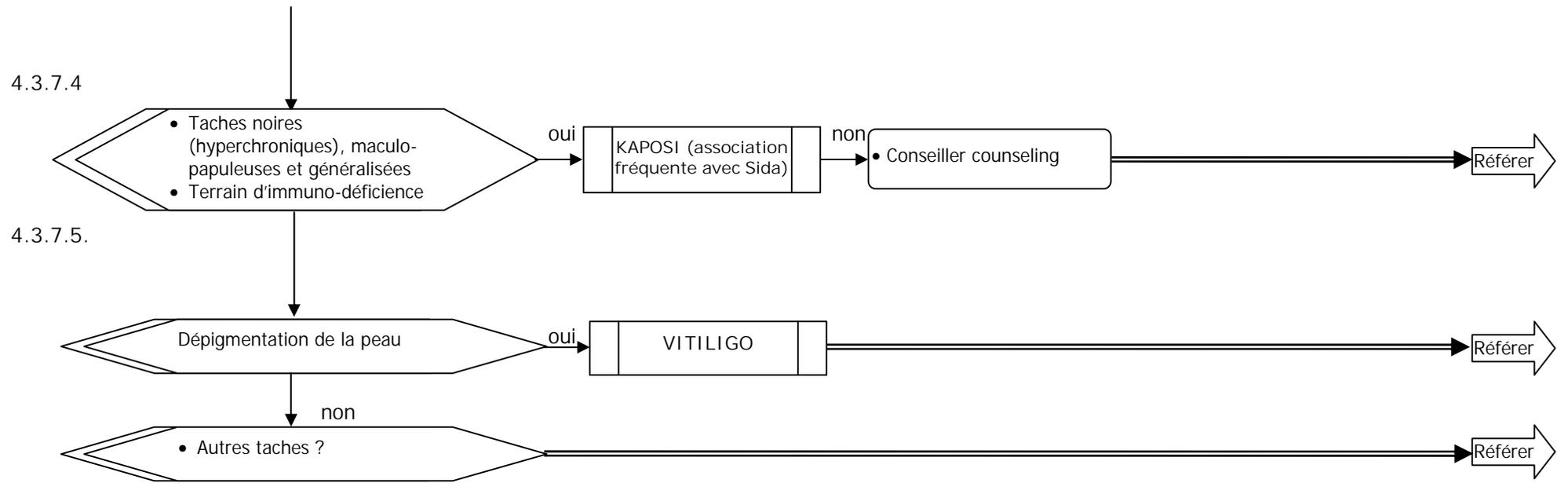






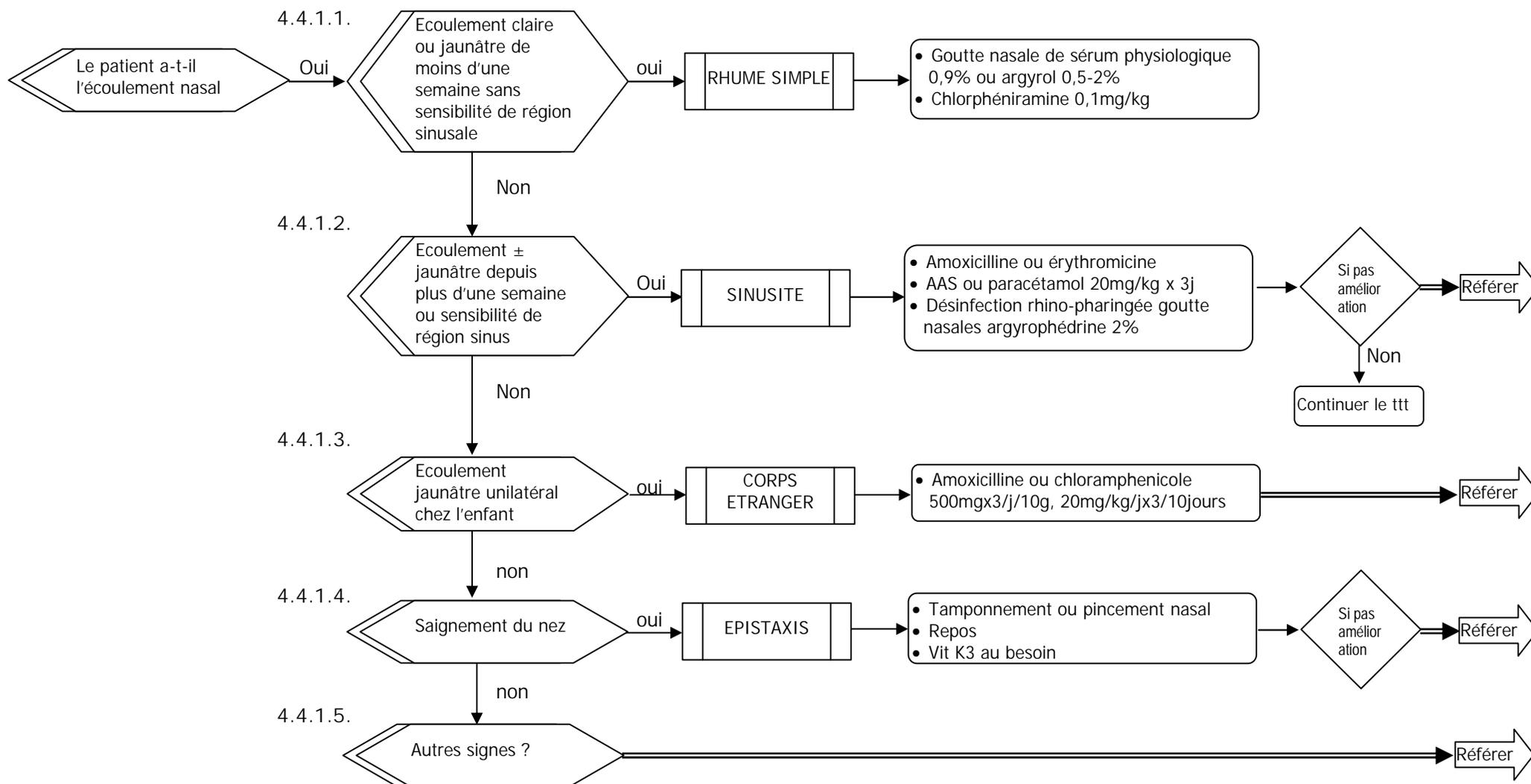
4.3.7. LES TACHES SUR LA PEAU





4.4. AFFECTIONS DE LA SPHERE ORL

4.4.1. NEZ

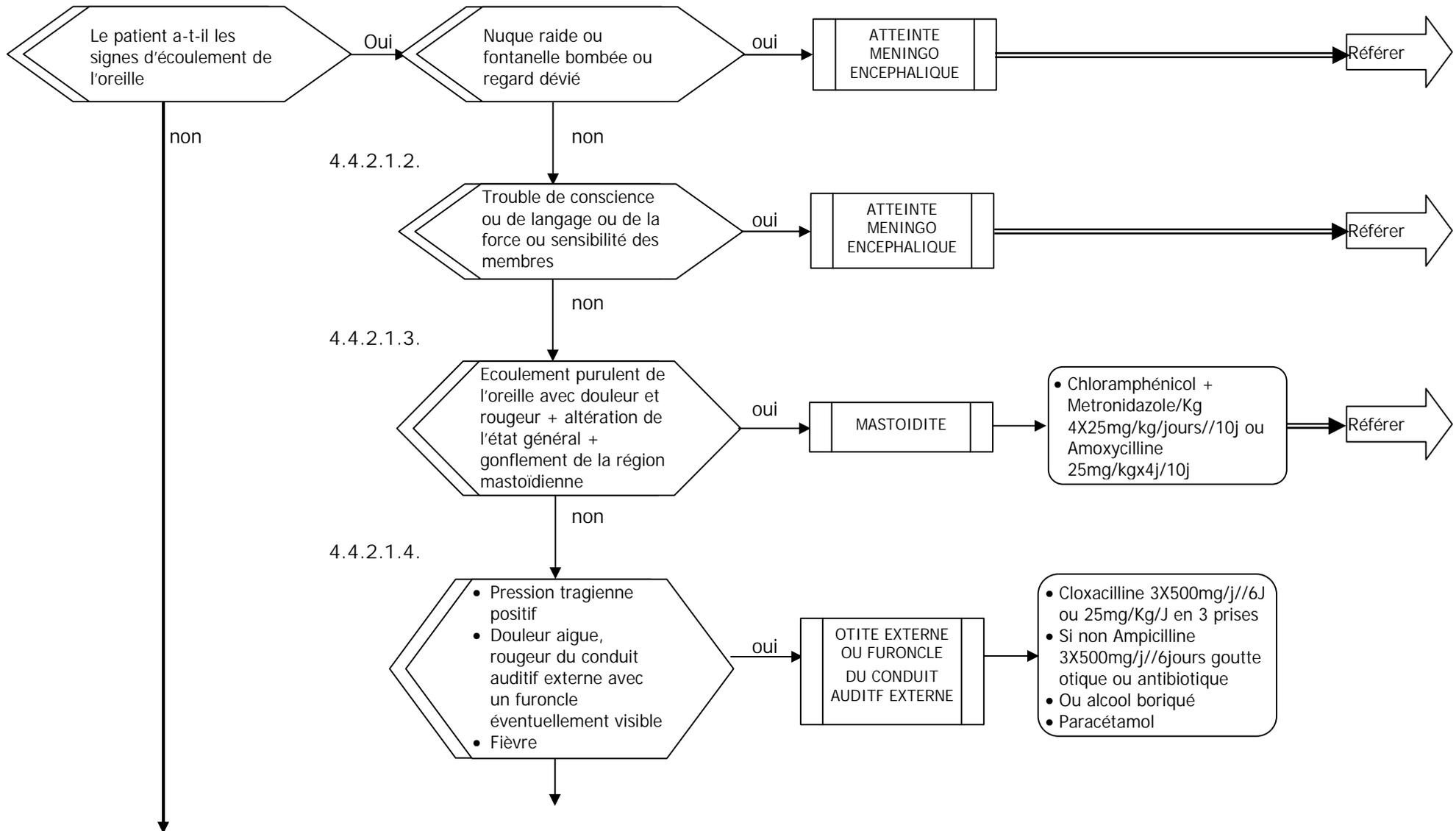


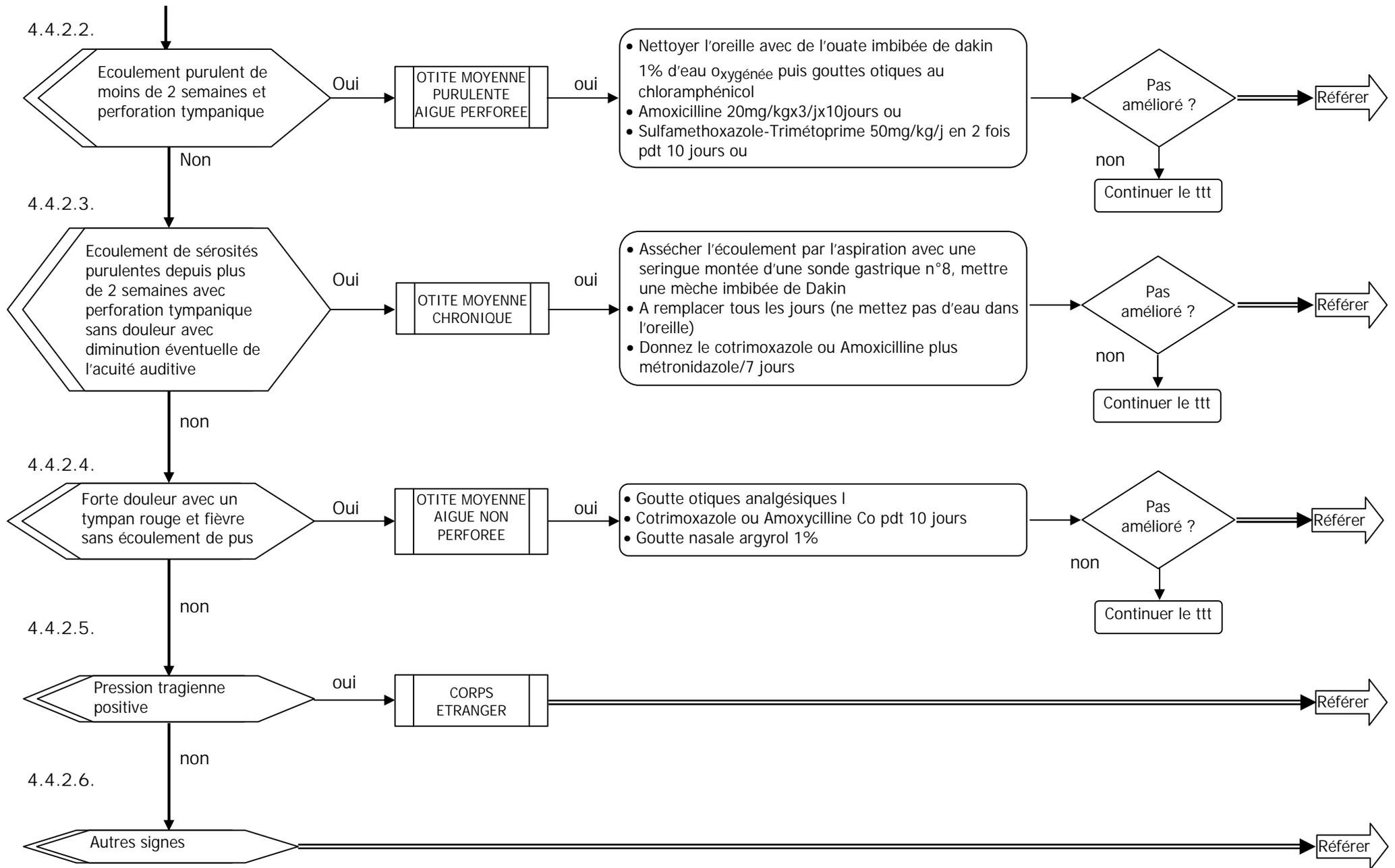
NB. Dans tous les cas Si Fièvre ou céphalée donnez aussi le traitement général de la fièvre. Si toux importante donnez aussi un antitussif.

4.4.2. OREILLE

4.4.2.1.

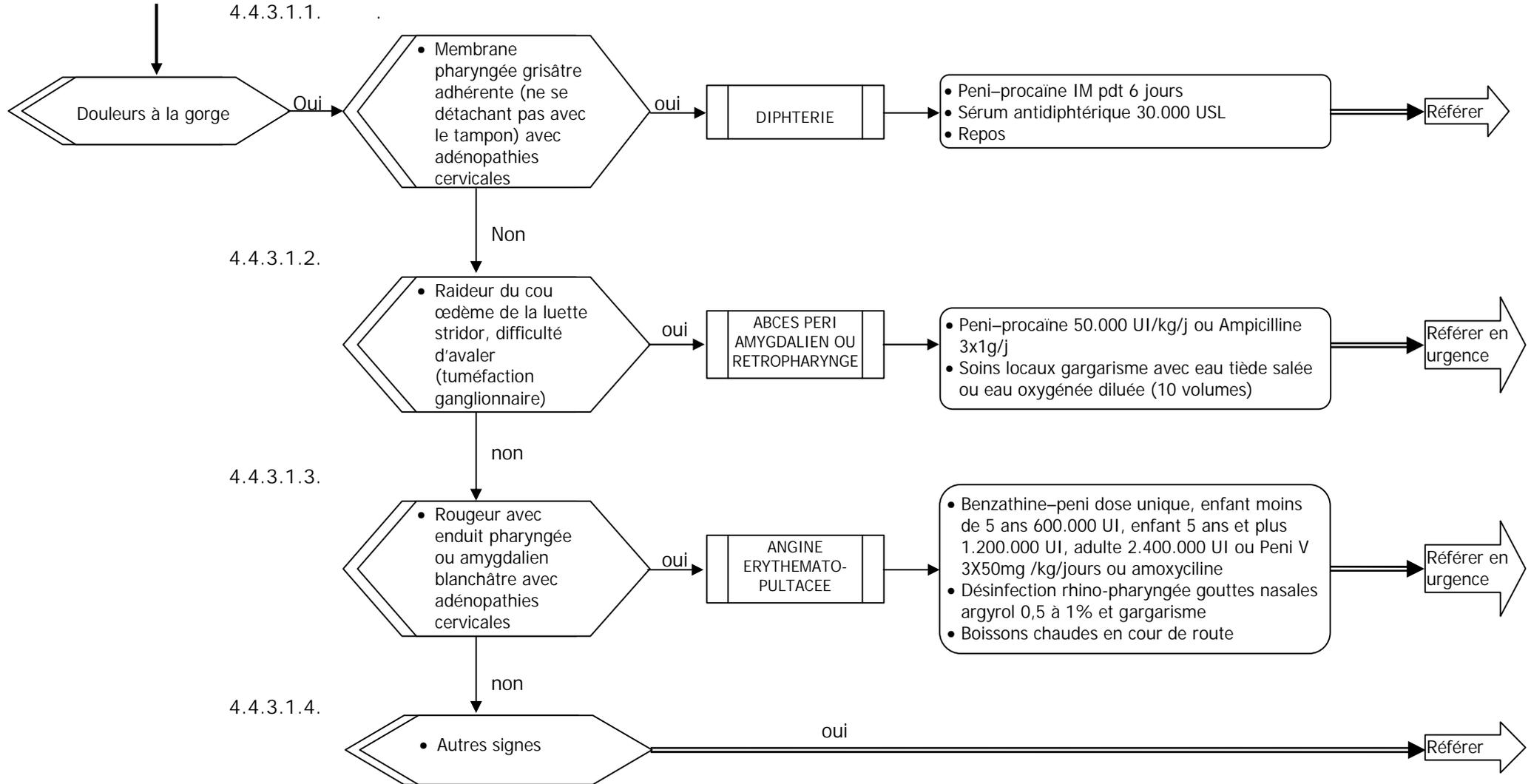
4.4.2.1.1.





4.4.3. PHARYNX

4.4.3.1



ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ACTUALISATION
DES ORDINOGRAMMES DES SOINS AU CENTRE DE SANTE

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ACTUALISATION DES ORDINOGRAMMES DES SOINS AU CENTRE DE SANTE

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1. Dr LOKADI OTETE OPETHA Pierre | 31. Dr MAKAMBO BADIBANGA | 61. Dr KOY MATILI Matthieu | 91. Dr INKAMA LOLEA Freddy |
| 2. Dr MUDOSA Richard | 32. Dr MUNONGO Jean | 62. Dr MITELEZI KANENE | 92. NDAYA KABEYA Ruth |
| 3. Dr MUKENGESHAYI KUPA | 33. BADISA Célé | 63. Dr KAKULE Moise | 93. VAN DESSEL Patrick |
| 4. Dr MULUMBA WA KAMBA Audry | 34. MULAMBA Marcel | 64. Ph KIMBAMBU Germaine | 94. NTUMBA EMILIA |
| 5. Dr BELEWETE Elias | 35. Dr KABASELE BADIBANGA | 65. TSHIALA Béatrice | 95. Dr FARAY ASSUMAY Daniel |
| 6. Dr KANZA NSIMBA Maurice | 36. Dr USUNGU USUMBA | 66. Dr PILIPILI Paul | 96. Dr ATIBASAY Jean-Paul |
| 7. NDAKALA Y.M | 37. MAKAMBO Jacques | 67. KIMBALA KABOY | 97. Dr MUJANGI KADIMA |
| 8. Dr KIKOO BORA | 38. Dr SALUMU Freddy | 68. Dr MINGINA Constantin | 98. Dr BAKOKO Brian |
| 9. Mme ZIKUDIEKA Lucie | 39. CHIRIBABULA Honorine | 69. Mme MAPITSHI Fidéline | 99. MANGABU ASSUMANI |
| 10. Mr MIRINDI François | 40. BALUBUNO Ezéchiel | 70. Ag MOFUMUNGI MAFA | 100. TWITE Elie |
| 11. KASONGO ELONGA | 41. Dr KABING Didier | 71. YABILI MALUNGA | 101. Dr NGUNDA Léon |
| 12. Dr BOJI Chantal | 42. Dr MAKAYA Damase | 72. KITSITA Christoph | 102. Dr NZAMBI MPUNGU |
| 13. KABUENGE Patience | 43. Dr Guylain KAYA | 73. Dr NSIZU Adelin | 103. Dr BADIENZELE BIBI Léa |
| 14. Dr KILEBA MAKUMA | 44. Dr BAKUKULU Jean Tony | 74. Dr MUTEBA MUSHIDI | 104. Dr SIBOKO Christian |
| 15. Dr TSHUND'OLELA | 45. Dr SUKADI Ida | 75. Dr LONGOGO | 105. MPOY OLEKANYA |
| 16. Dr KULIMUSHI Désiré | 46. NYUNGA Christine | 76. Dr BISUTA FUEZA | 106. KALONJI Daniel |
| 17. MEBUA Paulin | 47. Dr TCHOMBA Charlie | 77. Dr NGOY BAKUWA | 107. Dr KUMAKUMA Valentin |
| 18. Dr BITIKA LOLIA | 48. Dr BISHALA Jolie | 78. MUTIKI Nelly | 108. KISUMBULE ALPHONSINE |
| 19. Phn MAMPUYA | 49. Dr NYOBI NTAMBU | 79. Dr NTUMBA KAYEMBE Fernand | 109. Dr KAKESI Geoffray |
| 20. Dr SESE Claude | 50. Dr DINZILA Rufin | 80. Dr KWATA EWANDO | 110. Dr LUBUKU Polycarpe |
| 21. Dr MUDIANDAMBU | 51. MPANYA Alain | 81. Dr MOTEMANKELE Dieudonné | 111. Dr MALIWANI Aline |
| 22. Dr LEBUKI N.L | 52. Dr MAKABUZA Jacquie | 82. Dr BILONDA Alice | 112. Dr NKARNKWIN Dadi-Serge |
| 23. Dr NGONDU LOBUTA | 53. Dr SHANDENDE GILEMBE | 83. MATUNGA BOKOLO Sandra | 113. Dr NYARWAYA Faida |
| 24. Dr MUKUNDA WATINGA | 54. Dr MATADY MIFUNDU | 84. Dr MAKENGO John | 114. Dr CIALA KAYEMBE Elisée |
| 25. TSHIYOYO Fenelon | 55. Dr MUSSA | 85. Dr YOKA Denis | 115. MBUNGU MATA Jean-Marie |
| 26. Dr BULISI PONGO | 56. Dr KANDAL Matthieu | 86. Dr LUWABA Bernard | 116. BILONDA Solange |
| 27. Dr MBWEBWE Wivine | 57. Dr NTUMBA K | 87. Dr KADJUNGA Albert | 117. MUILA Gisèle |
| 28. Dr KABEMBA Devos | 58. Dr B. NGOIE | 88. Dr KIBAMBE Emmanuel | 118. BINAMA TUMBA |
| 29. RABELAHASA Eléonore | 59. Dr KAPONGO-KANIANE | 89. Dr SHETA Marcel | 119. NGOBALE YAYA |
| 30. Dr NGOY PASCAL | 60. Dr TUSUKU NOTI | 90. KABANGU FABRICE | 120. KONGO TRANDUANG |

ANNEXE 2 : LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS AU NIVEAU DU CS

LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

N°	NOMENCLATURE	PRESENTATION
1.	Acétyle salicylate de lysine	Injectable 1 gr
2.	Acétyle salicylate de lysine	Cés 500 mg
3.	Azithomycine	Injectable 250 mg /ml
4.	Amphotericine B	Injectable 50 mg ampoule
5.	Artéméther+luméfantrine	Cés 20 mg + 120 mg, 40 mg+240 mg, 80 mg+480 mg
6.	Artésunate + amodiaquine	Cés 100 mg + 270 mg, 50 mg/135 mg
7.	Abacavir	Cés 300 mg
8.	Acide benzoïque + acide salicylique	Pommade 6 % + 3 %
9.	Acide salicylique	Poudre, solution, teinture 5%
10.	Acétylcystéine	Sachet/gel 100 mg
11.	Acétylcystéine	Sachet/gel 200 mg
12.	Acide Acétyle Salicylique ou AAS)	Cés. 500 mg, 100 mg, 300 mg
13.	Acide folique	Cé 1 mg, 5 mg
14.	Acide nalidixique	Cé 500 mg
15.	Albendazole	Cé 400 mg
16.	Alpha-méthyl-dopa	Cé 250 mg, 500 mg
17.	Alcool dénaturé	Solution 70 %
18.	Antouguine	Solution buvable
19.	Aminophylline	Cé 100 mg, 500 mg, sup 100 mg
20.	Amoxicilline	Cap 250 mg, 500 mg, Injectable 250 ml/vial, sirop 250 ml/5 ml Injectable 1 g/vial
21.	Ampicilline	Cap 250 mg, 500 mg, Suspension 250 ml/5 ml, Injectable 1 g/Vial
22.	Anti- Acide	Cé 500 mg
23.	Atropine	Injectable 1 mg/ml
24.	Argent sulfadiazine crème	1% pot de 400 gr
25.	Benzathine pénicilline	1,2 ou 2,4 méga/Vial
26.	Benzyl pénicilline sodique	5.000.000 UI/ Vial de 10ml /1.000.000 UI/Vial de 5 ml
27.	Benzoate de benzyle	Lotion 25 %, 10%
28.	Benzoate de benzyle	Solution alcoolique ou aqueuse 20%, 25%
29.	Bicarbonate de soude	Injectable 8,4 %, sachet 50 g
30.	Bleu de méthylène	Solution 2 %
31.	Bétaméthasone	Pommade 0,10 %
32.	Bétaméthasone	Crème 0,10 %
33.	Béclométhasone	Inhalation (Aerosol) 20mg/dose/50 mg, 100 mg
34.	Butylscopolamine	Injectable 10mg/ml
35.	Butylscopolamine	Cés 30 mg
36.	Bisacodyl	Cés 10 mg, 5 mg
37.	Carbocystéine	Solution buvable 5%
38.	Carbocystéine	Solution buvable 2%
39.	Collier du cycle	Pièce
40.	Codéine Phosphate	Cé 10mg + 100 mg/15 mg
41.	Ceftriaxone	Injectable 250mg/Vial, 1 g
42.	Cefixime	Cés 100 mg ou gel
43.	Cefixime	Cés 200 mg ou gel
44.	Cefixime	Cés 400 mg ou gel
45.	Cefixime	Suspension buvable 100 mg/5 ml, 40 mg/5 ml
46.	Cétrimonium	Solution 40 %
47.	Chloroxylénol	Solution 4,8 %
48.	Chlorure de benzalkonium	Cés vaginal 19mg
49.	Clomifène citrate	Cé 50mg
50.	Cefixime	Cé 500 mg
51.	Charbon de bois	Poudre ou cé 500 mg
52.	Chloramphénicol	Cap 250 mg, 1 g injection, collyre 0,5%, pommade

N°	NOMENCLATURE	PRESENTATION
		ophtalmologique 1%
53.	Chlorhexidine	Solution concentrée 5%
54.	Chlorpheniramine	Cé 4 mg
55.	Ciprofloxacine	Cé 250 mg, 500 mg, 2 mg/ml infusion
56.	Cloxacilline	Cap 500 mg ou 1 g; Injectable 500 mg ; solution orale 125 mg/5 ml
57.	Chloramine T	Cés 500mg
58.	Clofazimine	Caps 50mg ; 100mg
59.	Chlorure de potassium	Poudre pour solution injectable ; 7,46% ; 13,80%
60.	Clotrimazole	Cés vaginal 100mg ; 1% ; 10% crème
61.	Cotrimoxazole	Cé 480 mg, 240 mg/5 ml, solution orale
62.	DTC-Hép-Hib pentavalent	Liquide flacon 0,5 ml
63.	Dexamethasone	Cé 0,5 mg; 4 mg; 4 mg/ml injection
64.	Dakin	Cé 500 mg; 1 gr
65.	Dapsone	Caps 50mg, 100 mg, 25 mg
66.	Dentifrice au fluor	Pate
67.	Dextrose	Injectable 5%, 10%,50%
68.	Diazépam	Cé 5 mg/10 mg; Injectable 10 mg/2 ml
69.	Dichlorothiocymate de sodium(NADCC)	Cés 200mg
70.	Diéthyl carbamazine	Cé 50 mg
71.	Dihydro – ergotamine	Cé 500 mg
72.	Didanosine	Cés 150mg, gel 200mg, 250mg, 400mg
73.	Dispositif intra-utérin en cuivre	T Cu 380
74.	Doxycycline	Cé ou cap 100 mg
75.	Dulcolax (Bisacodyl)	Cé 5 mg
76.	Ephedrine	Cé 500 mg; Injectable 50 mg/ml
77.	Erythromycine	Cé 250/500 mg; suspension 250 ml/5ml
78.	Ethambutol+ Isoniazide	400mg + 150 mg
79.	Efavirenz	Cés 300mg, 600mg
80.	Eflornithine	Inject 200 mg/ml vial 100ml
81.	Eau oxygenée	Solution 10 volumes
82.	Eosine	Solution alcoolique 2% ou aqueuse
83.	Eau de javel-poudre pr Solution	10%
84.	Ergométrine maléate	Cés 200 mcg, amp 200 mcg/ml
85.	Ethinylestradiol levorgestrel	Cé 0,03mg + 0,15mg
86.	Ethinylestradiol+noréthistérone	Cé 0,035mg + 1mg
87.	Fluconazole	Cés 150mg,200mg,inject 2,5gr/250ml, sirop 50 mg/5ml
88.	Formaldehyde	Cés 500mg
89.	Formaldehyde	Solution 40%
90.	Furadantine	Cé 50 mg/100 mg
91.	Furosémide	Cé 40 mg; 20 mg; Injectable 10 mg/ml
92.	Gentamycine sulfate	Injectable 40 mg/ml
93.	Gentamycine	Gouttes oculaires 0,3%
94.	Glucose + Chlorure de sodium	Injectable 5% + 0,9%
95.	Glucosé hypertonique	Flacon 50 cc ; 10% ; 50%
96.	Glibenclamide	Cés 5mg
97.	Glibenclamide	Cés 2,5mg
98.	Griséofulvine	Cé 125 mg; 250 mg ; 500 mg
99.	Hydrochlorothiazide	Cés 50mg
100.	Hydrocortisone	Poudre 100 mg pour injection
101.	Hydrocortisone	Pommade 1%
102.	Hydrocortisone	Crème 1%
103.	Hydroxide d'aluminium + Trisilicate de magnésie	Cé 400 mg + 400 mg, solution orale 300 mg + 250 mg/5 ml
104.	Ibuprofène	Cés 200mg, 400mg, suspension 200mg/5ml
105.	Ivermectine	Cé 3 mg
106.	Ichtyol	Pommade 10 %

N°	NOMENCLATURE	PRESENTATION
107.	Idoxuridine	Solution (goutte oculaire) 0,1%
108.	Idoxuridine	Pommade ophtalmique 0,2%
109.	Insuline ordinaire	Injectable 40UI, en flacon de 10 ml
110.	Insuline protamine-zinc	Injectable 100UI, en flacon de 10 ml
111.	Insuline semi-retard et retard	Injectable 40UI, ou 100UI/ ml
112.	Ipratopium	Inhalation (aérosol) 20 mcg/dose
113.	Isoniazide+rifampicine+pyrazinamide	Cés 75mg+150mg+400mg
114.	Kétoconazole	Pommade 15 g et 30 gr
115.	Kétoconazole	Cés 200mg
116.	Lamivudine (3TC)	Cés 300mg, 150mg
117.	Levonorgestrel	Cé 0,75mg, 30 mcg, 2 x 75 mg implant
118.	Lopinavir+ritonavir	Cés 100 mg/25 mg, 200mg/50mg
119.	Lévamisole	Cé 50 mg; 150 mg
120.	Lidocaïne	Injectable 1% et 2% flacon de 20 ml
121.	Manadiar	(extraits totaux des plantes) cés 200mg
122.	Manalaria	(extraits totaux des plantes) cés 200mg
123.	Mé bendazole	Cé 100 mg, 500 mg
124.	Mercurochrome	Solution 1%
125.	Métronidazole	Cé 250 mg ; 500 mg, Suspension 125 mg/5 ml et 500 mg infusion
126.	Medroxyprogestérone acétate	Injectable 150mg/1ml
127.	Metformine	Cé 500mg
128.	Miconazole	Pommade 2%
129.	Miconazole	Crème 2%
130.	Miconazole	poudre 2%
131.	Nifédipine	Gel 10 mg
132.	Niclosamide	Cé 250 mg
133.	N'sansiphos	(extraits totaux des plantes) 100 mg, 500 mg
134.	Néomycine+bacitracine	Pommade 5mg+500ui/g tube de 15 ou 30 gr
135.	Névirapine	Cés 200mg
136.	Mé larsoprol	Injectable 180mg/ml
137.	Nifurtimox	Cés 120mg
138.	NECT (Eflornithine+Nifurtimox)	Injectable +cés 200mg/ml,vial de 100mg+120mg
139.	Noréthistérone énantate	Injectable 200mg/ml
140.	Nystatine	Cés vaginal 1.000.000 UI, dragée 5.000.000 UI, Suspension orale 100.000 UI et 500.000 UI/5ml
141.	Oxaminiquine	Cé 250 mg ou gel, 250 mg/5 ml suspension orale
142.	Oxyde de zinc pommade, poudre	Pot 50 g
143.	Papavérine	Cé 40 mg; Injectable 0,03%; Suppositoire 100 mg
144.	Paracétamol	Cé 500 mg, 100 mg, injection 300 mg, suppositoire 100 mg, 150 mg, 250 mg, 300 mg
145.	Pentamidine	Injectable 300mg/Vial ; cés 200 mg, 300 mg
146.	Phenoxyméthyl-Pénicilline (pénicilline V)	Cé 250 mg, solution orale 125 mg/5 ml
147.	Permanganate de potassium	Solution 0,1%; 2%; ces 500mg
148.	Peroxyde de benzoyle	Solution 5%
149.	Peroxyde de benzoyle	Lotion 5%
150.	Peroxyde de benzoyle	Crème 5%
151.	Perméthrine	Crème 5%
152.	Perméthrine	Lotion 1%
153.	Polividone iodée	Solution 1%
154.	Phloroglucinol	Ces 200mg
155.	Phénobarbital	Cé 50mg,100 mg; 15 mg; Injectable 40 mg/ml; 100 mg/2ml
156.	Pommade anti-hémorroïdaire	Pot de 50 mg
157.	Pommade anti-inflammatoire	Pot de 50 mg
158.	Pommade Ichtyolée	Pot de 50 mg
159.	Praziquantel	Cé 150 mg; 600 mg

N°	NOMENCLATURE	PRESENTATION
160.	Préservatif lubrifié masculin	pièce
161.	Préservatif lubrifié féminin	pièce
162.	Prédnisolone	Cé 5 mg; 1 mg ; 5 mg/ml solution orale
163.	Prométhazine	Cés 25 mg, amp 25mg/ml, solution buvable 5mg/5ml
164.	Prédnisolone	Solution (goutte oculaire) 0,5%
165.	Quinine	Cés 500 mg; 250 mg, 100 mg/ml sirop
166.	Ringer lactate solution	Baxter 1 l
167.	Rifampicine	Ces 150mg,300mg
168.	Rifampicine+ Isoniazide+Pyrazinamide+Ethambutol	150mg+75mg+400mg+275mg
169.	Rifampicine+ Isoniazide+Pyrazinamide	150mg+75mg+275mg
170.	Lopinavir/ ritonavir	Cés 100 mg/25 mg; 200 mg/50 mg
171.	Salbutamol	Cé 4 mg; Injectable 50mcg/ml; aérosol 5 mg/ml
172.	Sérum antitétanique	Injectable 1500 – 3000 UI
173.	Sodium thiosulfate solution	15%
174.	Sélénium sulfure shampooing	2%, suspension 2%
175.	Sirop de fer+acide folique+Hgb B12	sirop
176.	Spectinomycine	Amp 2 g Injectable
177.	Sérum glucosé 5%	Baxter 1 l
178.	Sérum physiologique 0,9%	Baxter 1 l
179.	Sel de réhydratation orale	sachet
180.	Test de grossesse	
181.	Thiamine (Vitamine B1)	Injectable 50 mg/ml ; cés 50 mg ; 100 mg ; 300 mg
182.	Stavudine	Cés 300mg, 30 mg
183.	Streptomycine	Injectable 1 g
184.	Sulfadoxine pyriméthamine	500 mg/25 mg
185.	Sulfate de zinc	Cé 10 mg/20 mg
186.	Sulfadiazine	Cés 500 mg, injectable 250 mg/am
187.	Tests anticorps HIV	Rapides Détermine et Capillus
188.	Test catt	Kit dépistage précoce de la trypanosomiase
189.	Ténofovir	Cés 300mg
190.	Tétracycline	Pommade ophtalmique 1%
191.	Vaccin BCG lyophilisé	Flacon de 20 doses
192.	Vaccin antipolyomyélite 5(VPO) trivalent	Flacon de 10 doses
192.	VAR (vaccin anti rougeoleux)	Flacon 10 doses
193.	VAA (vaccin anti-amaril)	Flacon de 5 doses
194.	VAT (vaccin antitétanique)	Flacon de 20 doses
195.	Pentavalent (DTC-HepB-Hib)	Liquide flacon de 10 doses
196.	PCV-13 (vaccin antipneumococque)	flacon
196.	Violet de gentiane	Solution 1%
197.	Vitamine A (rétinol)	Gélule 100.000 UI, Gélule 200.000 UI
198.	Vitamines B1+ B6+ B12	Cés 50 mg +50 mg+50 mcg, gel 100 mg+100 mg +100 mcg/2 ml.
199.	Riboflavine	Cé 5 mg
200.	Vitamine K1	injectable
201.	Zidovudine+Lamivudine	Cés 300+150mg
202.	Zidovudine+Lamivudine+Névirapine	300mg+150mg+200mg
203.	Zidovudine	Cés 100mg, 300mg

CONSOMMABLES, REACTIFS ET PETITE MATERIELS MEDICAUX

Nombre d'item	Désignation
I	SONDES ET DRAINS
1.1	Sonde naso-gastrique, embout conique, 40 em, CH6, Unité (pour enfants)
1.2	Sonde naso-gastrique, embout conique, 40 em, CH8, Unité (pour enfants)
1.3	Sonde vésicale, Foley, 2 voies, ballonnet, CH14, stérile, Unité
1.4	Sonde vésicale, Foley, 2 voies, ballonnet, CH16, stérile, Unité
II	BANDAGES ET PANSEMENTS
2.1	Bande de gaze, 5cm x 5 m, 10
2.2	Bande de gaze, 7,5 cm x 5 m, 10
2.3	Bande élastique, 10 cm x 5 m, Unité
2.4	Bande élastique, 15 cm x 5 m, Unité
2.5	Bande élastique, 20 cm x 5 m, Unité
2.6	Bande élastique, 5cm x 5 m, Unité
2.7	Bande élastique, 8 cm x 5 m, Unité
2.8	Bandage tricot 4 m x 10 cm
2.9	Bandage tricot 4 m x 15 cm
2.10	Bandage tricot 4 m x 6 cm
2.11	Bandage tricot 4 m x 8 cm
2.12	Bande plâtrée, 10 cm x 2,7 m
2.13	Bande plâtrée, 15 cm x 2,7 m
2.14	Bande plâtrée, 20 cm x 2,7 m
2.15	Compresse de gaze, 10 x 10 cm, 12 plis, non stérile, 100
2.16	Compresse de gaze, 10 x 10 cm, 12 pli, stérile, 10
2.17	Compresse de gaze, 5x5 cm, 12 plis, non stérile, 10
2.18	Compresse Tulle gras (paraffiné) ,10 x 10 cm, stérile, 10
2.19	Cordon ombilical, rouleau, coton, 100 m, Unité
2.20	Coton hydrophile, rouleau, 500 g, Unité
2.21	Coton avec applicateur de 15 cm
2.22	Gaze, compresses vrac, 1m x 1 m, non stérile, 10 pièces, Sachet
2.23	Gaze, rouleau, 90 cm x 91 m, Unité
2.24	Sparadrap, rouleau 1,25 cm x 5 m, Unité
2.25	Sparadrap, rouleau 2,5 cm x 5 m, Unité
2.26	Sparadrap, rouleau 5 cm x 5 m, Unité
2.27	Sparadrap perforé 18 cm x 5 m
2.28	Plaster w/wound pad, 5 m x 6 cm
III.	MATERIELS D'INJECTION
3.1	Aiguille à Ailette (épicrânienne), u.u., 21G, Aig, Unité
3.2	Aiguille à Ailette (épicrânienne), u.u., 23G, Aig, Unité
3.3	Aiguille à Ailette (épicrânienne), u.u., 25G, Aig, Unité
3.4	Aiguille Luer, u.u, 18 G, Aig, Unité
3.5	Aiguille Luer, u.u, 19 G, Aig, Unité
3.6	Aiguille Luer, u.u, 21 G, Aig, Unité
3.7	Aiguille Luer, u.u, 23 G, Aig, Unité
3.8	Aiguille Luer, u.u, 25 G, Aig, Unité
3.9	Aiguille Luer, u.u, 26 G, Aig, Unité
3.10	Seringue Luer, 2 ml, u.u, Unité
3.11	Seringue Luer, 5 ml, u.u, Unité
3.12	Seringue Luer, 10 ml, u.u, Unité
3.13	Seringue Luer, 20 ml, u.u, Unité
3.14	Seringue Luer, 2 ml + aiguille 21G, u.u, Unité
3.15	Seringue Luer, 5 ml + aiguille 21G, u.u, Unité
3.16	Seringue Luer, 10 ml + aiguille 19G, u.u, Unité
3.17	Seringue autoblocante 0,5 ml
3.18	Seringue Insuline Luer, ml + aiguille 26G, u.u.,40UI/1ml, Unité

3.19	Seringue Insuline Luer, ml + aiguille 26G, u.u.,100UI/1ml, Unité
3.20	Seringue Luer, 60 ml, gavage, u.u, Unité
3.21	Seringue Conique ,60 ml, gavage, u.u, Unité
3.22	Set pour perfusion, Unité
3.23	Transfuseur avec filtre 200u, u.u, Unité
IV.	DISPOSITIFS MEDICO-CHIRURGICAUX
4.1	Abaisse langue en bois, pièce, 100
4.2	Couverture en aluminium
4.3	Gants chirurgicaux latex stériles, u.u. Taille 6, Unité
4.4	Gants chirurgicaux latex stériles, u.u, Taille 6,5, Unité
4.5	Gants chirurgicaux latex stériles, u.u, Taille 7, Unité
4.6	Gants chirurgicaux latex stériles, u.u, Taille 7,5, Unité
4.7	Gants chirurgicaux latex stériles, u.u, Taille 8, Unité
4.8	Gants chirurgicaux latex stériles, u.u, Taille 8,5, Unité
4.9	Gants d'examen latex non stériles, u.u, Small, 100
4.10	Gants d'examen latex non stériles, u.u, Large, 100
4.11	Gants d'examen latex non stériles, u.u, Medium, 100
4.12	Gants d'examen plastique non stériles, u.u, Medium, 100
4.13	Lancette stériles, Boîte de 100 pcs
4.14	Poire effilée pour ORL, Unité
4.15	Préservatif masculin lubrifié + réservoir, Condom, 100
4.16	Préservatif féminin lubrifié, unité
4.17	Rasoir avec manche, u.u. Rasoir, 100
4.18	Lame de rasoir uu
4.19	Sachet plastique pour médicament, 10x8cm, Sachet, 500
4.20	Sachet plastique pour médicament, 6x8cm, Sachet, 500
4.21	Dispositif intra utérin (DIU)
4.22	Thermomètre, Digital + Batterie, Celsius, Pièce, Unité
4.23	Thermomètre, Standard rectal, Celsius, Pièce, Unité
4.24	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILD)
V.	SUTURES ET LIGATURES
5.1	Sut, PGA, tressé, 75 cm, déc.3 (2/0), aig.1/2c, R, eff. ,30 mm, Un
5.2	Sut, polyamide, monofil, 75 cm, déc.2 (3/0), aig, 3/8c, T, franch, 18mm, Un
5.3	Sut, polyamide, monofil, 75cm, déc3 (2/0), aig.3/8c, T, franch, 30mm, Un
VI.	TESTS DIAGNOSTICS
6.1	Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour le paludisme
VII.	PETITS MATERIELS DE LABORATOIRE : EQUIPEMENT DE BASE
7.1.	Agitateur, verre, 200*5mm
7.2	Anse de platine, Unité
7.3	Bac de coloration, Unité
7.4	Baguette en verre, Unité
7.5	Bain marie électrique, Unité
7.6	Balance de précision, Unité
7.7	Balance plus poids
7.8	Ballon jaugé, Verre, 100 ml, Unité
7.9	Ballon jaugé, Verre, 500 ml, Unité
7.10	Bec Bunzen, Unité
7.11	Becher, Plastic, 100ml, Unité
7.12	Becher, Plastic, 250ml, Unité
7.13	Becher, Plastic, 300ml, Unité
7.14	Bioplaque, Unité
7.15	Bocal, Plastic, 14*20cm, avec couvercle, Unité
7.16	Boîte de pétri, Unité
7.17	Bouchon, 38mm, Boîte de 50 unités
7.18	Capsules aluminium, 38mm, Boîte de 25 unités
7.19	Chaîne ELISA, Unité
7.20	Chaîne pour électrophorèse
7.21	Cellule de Neubauer, Unité

7.22	Cellule Thomas, Unité
7.23	Cellule de Nageotte, Unité
7.24	Centrifugeuse à main, avec rotor, Unité
7.25	Centrifugeuse électrique, Unité
7.26	Chronomètre, Unité
7.27	Compteur différentiel, mécanique, 5 touches + totalisateur, Unité
7.28	Congélateur, Unité
7.29	Corps porte-tube(Vacutainer), prélèvement sang, avec éjecteur d'aiguille, Unité
7.30	Cryotubes, diamètre 12mm, utilisation jusqu'à-190°C, autoclavable à 121°C, 100
7.31	Cuve à Coloration, Verre, avec couvercle, Unité
7.32	Distillateur, Unité
7.33	Ecouvillon, 12*80mm, Unité
7.34	Embouts bleus pour pipette automatique (Eppendorf) ,10-100µl, 1000
7.35	Embouts jaunes pour pipette automatique (Eppendorf) ,10-100µl, 1000
7.36	Entonnoir conique, Verre, 6cm, Unité
7.37	Eprouvette graduée, Plastique, 100 ml, Unité
7.38	Eprouvette graduée, Plastique, 250 ml, Unité
7.39	Eprouvette graduée, Verre, 100ml, Unité
7.40	Eprouvette, plastique, 1000ml, Unité
7.41	Eprouvette, plastique, 500ml, Unité
7.42	Erlenmeyer, Verre, 1000ml, Unité
7.43	Erlenmeyer, Verre, 100ml, Unité
7.44	Erlenmeyer, Verre, 250ml, Unité
7.45	Erlenmeyer, Verre, 500ml, Unité
7.46	Etuve bactériologique, Unité
7.47	Filtre à eau + 3 cartouches, Unité
7.48	Filtre en membrane, 0,2µ, diamètre 142 mm, Unité
7.49	Flacon compte-goutte, Verre brun, 50 ml, Unité
7.50	Flacon compte-goutte, Verre brun, 10 ml, Unité
7.51	Flacon pour prélèvement, 60ml, Unité
7.52	Four Pasteur (Poupinel), Unité
7.53	Glucomètre, Unité
7.54	Hémoglobinomètre de Sahli, kit complet, Unité
7.55	Illuminateur pour microscope (Lampe EARL), Unité
7.56	Lame porte objet, 76*26 mm, 75
7.57	Lame porte objet, 76*26 mm, 72
7.58	Lame porte objet, 76*26 mm, 60
7.59	Lamelle couvre objet, 18*18 mm, 100
7.60	Lamelle couvre objet, 18*18mm, 200
7.61	Lamelle couvre objet, 22*22 mm, 75
7.62	Lamelle couvre objet, 22*22 mm, 100
7.63	Lampe à alcool, 65-100 ml, complète, avec mèche de diamètre 7mm, Unité
7.64	Lancettes, boîte de 1000
7.65	Marmite à pression, Unité
7.66	Micropipette 40 – 200 ul
7.67	Micropipette 4 – 50 ul
7.68	Micropipette multi dimensions
7.69	Microscope binoculaire, OLYMPUS CX21, Complet (miroir§eur), Coffret, Unité
7.70	Microscope binoculaire, GUANGZ, Coffret, Unité
7.71	Microscope binoculaire, électrique, sans marque, Coffret, Unité
7.72	Microscope monoculaire, OLYMPUS, Coffret, Unité
7.73	Microscope monoculaire, GUANGZ, Coffret, Unité
7.74	Microscope monoculaire, électrique, sans marque, Coffret, Unité
7.75	Minuterie de laboratoire, mécanique, Unité
7.76	Miroir de microscope, Unité
7.77	Papier filtre, 11cm, Boîte de 100 unités
7.78	Papier filtre, 32 cm, Boîte de 100 unités
7.79	Papier optique (à lentille), 10*15 cm, 25g/m ² , non imprégné, Carnet 100 feuilles

7.80	Pâte à scellement, pour tubes capillaires à hématocrite, pour 100 tubes, Unité
7.81	Ph mètre, Unité
7.82	Photomètre, Unité
7.83	Pince anatomique, Unité
7.84	Pince à clamber, Unité
7.85	Pince à stripper, Unité
7.86	Pince à refouler, Unité
7.87	Pince en bois, Unité
7.88	Pipette de transfert (Pasteur), non stérile, 1,5ml, sans poire d'aspiration, 1000
7.89	Pipette de transfert(Pasteur), non stérile, 1,5ml, avec poire d'aspiration, 500
7.90	Pipette de transfert(Pasteur), non stérile, 3ml, avec poire d'aspiration, 500
7.91	Pipette spéciale pour test hémoglobine, Unité
7.92	Pipette volumétrique, Verre, 2ml, Unité
7.93	Pipette volumétrique, verre, 5 ml, Unité
7.94	Pipette volumétrique, verre, 10 ml, Unité
7.95	Pipette Westergreen, verre, 2,5*300 mm, Unité
7.96	Pipette, pour comptage des globules rouges (RBC), Unité
7.97	Pipette, pour comptage des globules blanc (RBC), Unité
7.98	Pissette, Plastique, 100ml, Unité
7.99	Pissette, Plastique, 250ml, Unité
7.100	Pissette, Plastique, 500ml, Unité
7.101	Poire pour pipette compte-gouttes, Unité
7.102	Portoir pour tubes à essai, Unité
7.103	Portoir pour cryotubes, Unité
7.104	Râtelier à lames, Unité
7.105	Réchaud, Unité
7.106	Réfrigérateur, Unité
7.107	Réfrigérateur Banque de sang, Unité
7.108	Rhésuscope, Unité
7.109	Rotateur pour les catt test, Unité
7.110	Rotateur RPR pour la syphilis, Unité
7.111	Spéculum, Unité
7.112	Spectrophotomètre, Unité
7.113	Support pour Lames porte objet, Unité
7.114	Support pour Tubes à essai, Unité
7.115	Support pour Tubes à VS (Westergreen), 10 places, Unité
7.116	Support pour Tubes VS (Westergreen), 6 places, Unité
7.117	Tablier, Cuir, Unité
7.118	Tablier, Plastique, Unité
7.119	Tube à centrifuger (hémolyse), 100*17mm, 15ml, Unité
7.120	Tube conique à centrifuger, 100*17mm, 15ml, Unité
7.121	Tube à essai, Verre, 125*16mm (petit format), Unité
7.122	Tube à essai, Verre, 160*16mm (grand format), Unité
7.123	Tube capillaire, EDTA, pour test rapide Determine, 75 mm, 75µl ,100
7.124	Tube sous vide (Vacutainer), plastique, prélèvement sang, EDTA, 5ml, violet, 1000
7.125	Tube sous vide (Vacutainer), plastique, prélèvement sang, SEC, 5ml, rouge, 1000

ANNEXE 3 : FICHE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE DE 1 SEMAINE A 2 MOIS

Noms : _____ Age : _____ Poids : _____ kg Température : _____ C°

DEMANDER : Quels sont les problèmes du nourrisson? _____ Première visite ? _____ Visite de suivi ? _____

EVALUER (entourer tous les signes présents)

RECHERCHER L'INFECTION BACTERIENNE EVENTUELLE	CLASSER.....	TRAITER....	
<ul style="list-style-type: none"> Le nourrisson a-t il eu des convulsions ? Refuse-t-il de téter ? <ul style="list-style-type: none"> Compter les mvts respiratoires.....par minute Recompter si le Nbre de mvts resp. est élevé..... Rechercher un tirage sous-costal grave Rechercher un battement des ailes du nez Regarder et écouter le geignement expiratoire Regarder et palper la fontanelle pour savoir si elle est bombée Regarder si du pus s'écoule des oreilles Regarder l'ombilic. Est-il rouge ou suintant de pus ? La rougeur, s'étend-elle à la peau ou elle est localisée ? Fièvre (t° de 37,5° C ou plus, ou chaud au toucher) ? ou hypothermie (au-dessous de 35,5°C ou froid au toucher) Regarder la peau pour détecter les pustules. Sont-elles nombreuses ou sévères ? Observer si le nourrisson est léthargique ou inconscient. Observer les mouvements du nourrisson. Bouge t'il moins ou pas du tout ? Observer si le nourrisson pleure sans cesse Observer si le nourrisson est cyanosé ou jaune. Vérifier si le nourrisson refuse de téter. 			
<p>L'ENFANT A-T-IL LA DIARRHEE ? OUI .NON</p> <ul style="list-style-type: none"> Depuis combien de temps ?__jours Ses selles contiennent-elles du sang ? 	<ul style="list-style-type: none"> Etat général du nourrisson. Est-il : Léthargique ou Inconscient ? Agité et irritable ? Les deux yeux sont enfoncés ? Pincer peau de l'abdomen, le pli s'efface Très lentement (> 2 secondes) ? Lentement ? 		
<p>RECHERCHER LES PROBLEMES D'ALIMENTATION ou D'INSUFFISANCE PONDERALE</p> <ul style="list-style-type: none"> Déterminer le poids pour son âge. Faible.....Normale..... Existe-t-il des problèmes d'alimentation ? Oui..... Non..... Le nourrisson, est-il allaité au sein ? Oui..... Non..... Si OUI, combien de fois en 24 heures ?fois Le nourrisson reçoit-il d'habitude d'autres aliments ou liquides ? Oui..... Non..... Si OUI, combien des fois ?Fois Comment sont donnés les aliments ?..... <p style="text-align: center;">Si le nourrisson a des difficultés à se nourrir, ou tête moins de 8 fois/jour, ou consomme d'autres aliments ou liquides, ou à un poids faible pour son âge et ne présente aucun signe justifiant sa référence à l'hôpital :</p> <p>EVALUER L'ALLAITEMENT AU SEIN :</p> <ul style="list-style-type: none"> le nourrisson a-t' il été allaité pendant l'heure précédente ? Si le nourrisson n'a pas été allaité pdt l'heure précédente, demander à la mère de le mettre au sein et OBSERVER L'ALLAITEMENT pdt 4 MINUTES. Le nourrisson peut-il bien prendre le sein ? Pour vérifier la bonne prise du sein, regarder si : <ul style="list-style-type: none"> Le menton touche le sein Oui.....Non..... La bouche est grande ouverte Oui.....Non..... La lèvre inférieure est éversée vers l'extérieur Oui.....Non..... L'aréole du sein est plus visible au-dessus qu'en dessous Oui.....Non..... Est-ce que le nourrisson tète efficacement ? (càd succion lentes et profondes, avec pauses Regarder la bouche pour détecter des ulcérations ou des plaques blanches (muguet) 	<p>Mentionnez tous les problèmes identifiés (entre autres...)</p> <p>PAS DE PRISE DE SEIN ? MAUVAISE PRISE DE SEIN ? BONNE PRISE DE SEIN ?</p> <p>PAS DE SUCCION DU TOUT ? SUCCION NON EFFICACE ? SUCCION EFFICACE ?</p> <p>ULCERATIONS ? MUGUET ?</p>		
<p>VERIFIER L'ETAT VACCINAL (entourer les vaccinations à faire aujourd'hui) BCG DTC 1 VPO 0 VPO 1</p> <p>VERIFIER SI LA MERE A RECU SA DOSE DE VIT A</p>		<p>Revenir pour la prochaine vaccination le (Date)</p>	

EVALUER LES AUTRES PROBLEMES

ANNEXE 4 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA CPS

ANNEXE 4 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA CPS

DEFINITION : La CPS est la Consultation des enfants de 0 à 5ans qui a pour objectifs de :

- Surveiller la croissance de l'enfant ;
- Informer et éduquer les mères sur la vaccination et sur le calendrier vaccinal
- Vacciner l'enfant;
- Eduquer les mères sur l'allaitement maternel et l'alimentation du jeune enfant ;
- Dépister les carences en micronutriments et supplémenter en Vit A;
- Eduquer les mères sur le suivi de la courbe et les soins à domicile, sur les signes généraux de dangers de paludisme, IRA diarrhée et d'amener l'enfant immédiatement au CS/HGR ;
- Promouvoir le jardinage et l'élevage domestique auprès de ménages avec enfant(s) mal nourri(s)
- Référer les enfants malades à la consultation curative pour une prise en charge efficace et efficiente

1°. La norme d'une CPS de qualité :

- Durée maximale : 3 à 4 heures ;
- Maximum des enfants par séance : 20 à 40 enfants.
- Programmation de séance :
 - Pesée par quartier ou par village en collaboration avec les relais communautaires qui auront recruté les enfants et communiquer leur nombre à l'équipe du CS avant la séance de la vaccination.

Les enfants absents à une séance de vaccination doivent être récupérés à la prochaine séance

Lors de la supervision s'informer sur le nombre d'enfants attendus à la pesée et à la vaccination au cours du mois.

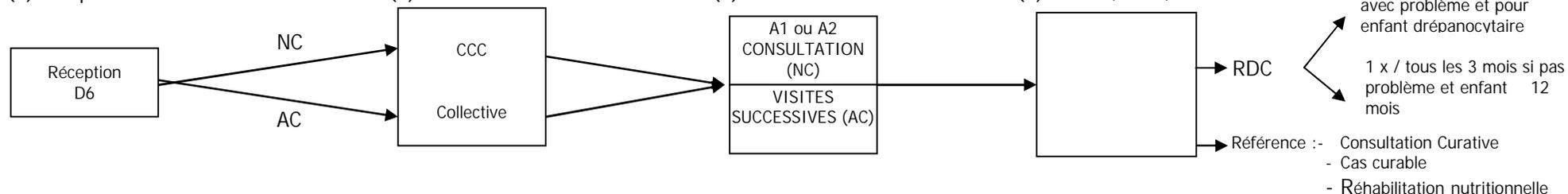
- sexe et âge confondus ;
- Vaccination de l'enfant selon le RDV+ administration Vit A 200.000 UI (12-59 mois) et 100.000 UI (6-11mois) chaque 6mois
- Organiser la stratégie avancée pour tout village situé à plus de 5 KM DU CS (plus de 2heures de marche).

Considérer la population cible qui a accès à la pesée et à la vaccination celle habitant à 5Km du site fixe et sur un rayon de 2Km du site avancée

2°. Population cible : tous les enfants de 0 à 5 ans.

3°. Les postes de CPS :

(1) Réception



Tâches :

- Enregistrement des enfants selon le sexe(masculin ou féminin)
- Pesée
- Transcription poids sur la fiche selon le sexe (masculin ou féminin)
- Triage des enfants avec courbe stationnaire ou descendant.
- Interprétation courbe
- Examen sommaire de l'enfant
- Dialogue et conseils à la mère
- Triage pour référence

ANNEXE 6 : ORGANISATION DE LA CPN

ANNEXE 6 : ORGANISATION DE LA CPN

DEFINITION : La CPN est la Consultation de la femme enceinte qui a pour objectifs :

- Identifier les facteurs de risque ;
- Prévenir et prendre en charge les maladies qui ont un impact négatif sur l'évolution de la grossesse, la vie de la mère et de l'enfant;
- Promouvoir le changement de comportement au bénéfice de la santé de la mère et de l'enfant, notamment. Education nutritionnelle pour la femme enceinte et allaitante, conseils pour l'allaitement de l'enfant

1°. La norme d'une CPN de qualité.

- Le nombre de séances est d'au moins 4 CPN, à savoir :
 - au 4^{ème}-5^{ème} mois ;
 - au 6^{ème} mois-7^{ème} mois ;
 - au 8^{ème} mois ;
 - au 9^{ème} mois (fin 8^{ème} mois).
- La femme enceinte drépanocytaire doit être suivie dès le 1^{er} mois de la grossesse
- La femme enceinte doit être suivie conformément à la fiche CPN adoptée au niveau national.
- Durant la CPN, la femme enceinte après la 16^{ème} semaine doit recevoir :
 - La chimio prophylaxie :
 - + si la femme est VIH séronégative donner 3 Co de sulfadoxine-pyriméthamine à la 16^{ème} et 28 semaines de la grossesse et la MILD
 - + si la femme est séropositive donner 3 Co de sulfadoxine- pyriméthamine à la 16^{ème}, 28^{ème} et à la 32^{ème} semaine de la grossesse, en plus lui accorder la moustiquaire imprégné d'insecticide (approche TPI), remettre un comprimé de Nevirapine au 8^{ème} mois à prendre au moment du travail et préparer un plan d'accouchement.
 - Le VAT : soit 2 doses espacées de 4 semaines au moins, soit 1 dose de rappel (sauf si la femme a déjà totalisée 5 doses VAT dans sa vie).
 - Le vermifuge (Mebendazole après le 1^{er} trimestre): 1 co de 500 mg
 - La supplémentation en fer folate 1 Co/jour pendant 4 mois à partir 5^{ème} mois jusqu'à 9 mois, ensuite poursuivre 1 Co/j pdt 3 mois après l'accouchement dès la 1^{ère} semaine du post-partum.

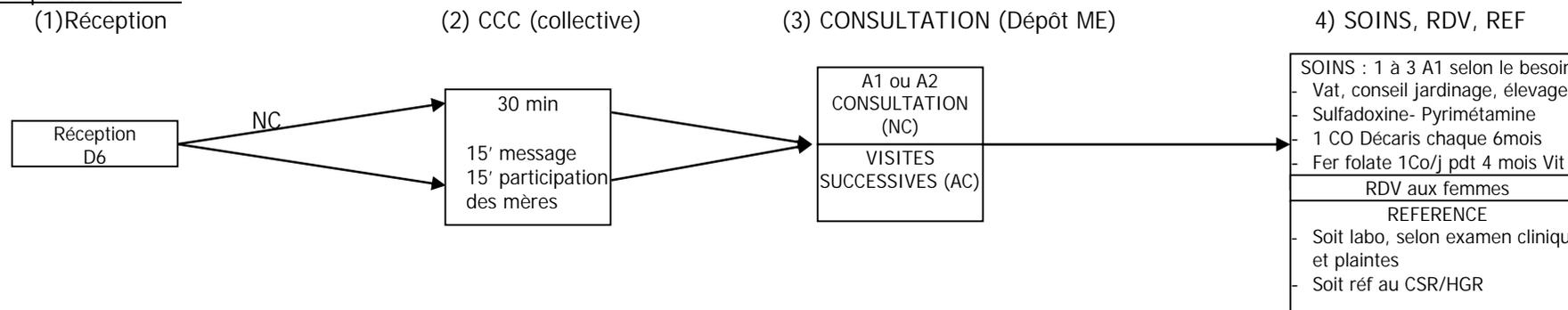
2°. L'objet des différentes séances de CPN :

- Pour la 1^{ère} CPN (5^{ème} mois) : dépister les facteurs de risques et prendre la 1^{ère} décision ; et donner la MII
 - Pour la 2^{ème} CPN (24 - 28^{ème} semaine et 3^{ème} CPN (32^{ème} semaine) : surveiller l'évolution de la grossesse et assurer la prise en charge des cas ;
 - Pour la 4^{ème} CPN (36^{ème} semaine) : prendre une DECISION finale sur la référence ou l'accouchement au Centre de santé. remettre à la femme enceinte VIH₊ 1 comprimé de Nevirapine 200 mg à prévoir au moment de travail. Donner des messages/conseils sur la prévention du Paludisme, le Planning Familial, Soins au nouveau-né et signes de début de travail
- N.B. Négocier avec les membres de la famille pour l'application effective de la décision de la référence
Et informer la structure de référence et le BCZS de tous les cas référés (au moins 1 à 3% de tous les cas suivis à la CPN)

3°. Population cible : 4% de la population totale par an. L'infirmière doit connaître le nombre sites fixes et en stratégie avancée pour couvrir toutes les femmes enceintes attendues chaque mois

Le nombre à chaque séance de CPN doit être connu grâce au travail de relais communautaires qui font le recrutement dans les villages/quartiers. .

4°. Les postes de CPN



Tâches :-Accueils

- Renseignement
- Remplissage registre
- détection des cas urgents
- Orientation
- Perception des frais et délivrance
- Quittance
- Rapport de caisse

-Accueil

- Ecoute de la patiente
- Recevoir les plaintes
- Appliquer l'ordinogramme
- (des plaintes à la stratégie et au ttt)
- Orientations selon ordinogramme
- (LABO, Soins, Réf....)
- Communication interpersonnelle

- Tenir la salle de soins propre, en ordre, avec le matériel bien disposé
- Dispenser les soins prescrits à la consultation
- Orientations
- Distribuer les médicaments et expliquer la posologie
- Montrer à la patiente comment prendre le médicament (démonstration)
- Communication interpersonnelle.

- L'organisation présentée ici a comme intérêt de réduire la file d'attente.
- Les femmes enceintes qui arrivent sont progressivement enregistrées (soit comme NC, soit comme AC), et pesées après leur avoir remis un N° de jeton.
- Les NC sont séparées des AC (dans le cas où l'équipe est mieux étoffée), car les NC prennent beaucoup plus de temps dans l'anamnèse.
- Puis toutes les femmes suivront la CCC. La CCC ne devra pas excéder 30 minutes, dont 15 minutes pour le message, et 15 minutes pour susciter la participation des femmes et vérifier leur compréhension.
- Puis toutes les mamans passeront à la consultation, où, après l'examen individuel, des conseils individuels leur seront donnés par l'infirmier.
- Ensuite, il y a le dernier poste pour :
 - les soins :
 - VAT
 - Autres médicaments.
 - Rappel sur le RDV et la remise de la fiche de CPN et MILD à la patiente.
 - référence :
 - Soit pour le labo (qui n'est pas systématique) mais qui est en rapport avec les résultats d'examen clinique (selon fiche CPN) ou selon les plaintes de la femme en rapport avec les ordinogrammes.
 - Soit référence pour l'HGR/ CSR selon la décision.

Nombre de femmes attendues à une séance de CPN

Avec une bonne planification, qui doit se faire ensemble avec le CODESA et les relais communautaires, les séances dans les sites fixes ou avancés ne dépasseront pas 20-40 femmes.

Les villages ou les populations cibles situés au-delà de 5 km devront bénéficier des stratégies avancées.

ANNEXE 7 : CONSEILS A DONNER A LA MAMAN DE L'ENFANT DREPANOCYTAIRE

1. Consulter chaque mois au Centre de Santé même en dehors des crises
2. Bien laver le corps de l'enfant avec du savon et brosser ses dents après chaque repas
3. Surveiller la température de l'enfant (appréciation tactile ou avec le thermomètre) et si l'enfant est chaud, donner le paracétamol et amener au Centre de Santé
4. Créer chez l'enfant l'habitude de boire fréquemment de l'eau
5. Eviter les endroits mal aérés ou enfumés
6. Donner une alimentation saine, variée et équilibrée
7. Surveiller la couleur des yeux et des urines et si couleur trop foncée donner de l'eau puis amener au Centre de Santé
8. Eviter tout ce qui peut ralentir ou bloquer la circulation du sang chez l'enfant (vêtements trop serrés, jambes croisées ; tresses trop serrées
9. Dormir au moins 7 h par nuit et éviter les tapages nocturnes
10. Interdire à l'enfant à faire les efforts physiques trop intenses ou prolongés (match de football, catch, transport de bagages lourds, courses, etc...)