

## > Réponses : Utilisation des informations sanitaires

### Module 9 – Santé reproductive

---

#### Etude de cas 1 (Maternité sans risques)

Rebecca, réfugiée âgée de 19 ans se rend dans un centre de consultation prénatale le 3 juin 2008. Elle est enceinte pour la deuxième fois. Elle est mariée et a une fille resplendissante de santé âgée de 18 mois et née d'un accouchement spontané par voie basse en janvier 2007.

Elle vous dit que ses dernières menstruations datent du 4 mars 2008. Elle n'est encore jamais venue dans un centre de consultation prénatale pendant cette grossesse. Elle subit le test d'hémoglobine qui est de 10.2 g/dl, et est testée négative pour la syphilis. Elle reçoit aussi une moustiquaire imprégnée.

**(a) Mettez à jour ces informations dans le registre des consultations prénatales. Quelle est la date probable de son accouchement?**

*Voir le modèle de registre des consultations prénatales*

Elle a déjà reçu deux doses de vaccin antitétanique au titre du PEV. Sa dernière dose (AT2) date du 28 février 2008.

**(b) Sur la base de vos connaissances sur le calendrier de routine des vaccinations antitétaniques, a-t-elle besoin de recevoir un autre vaccin antitétanique pendant sa grossesse ? Comment allez-vous enregistrer son statut d'immunisation dans le registre des consultations prénatales ?**

*Selon la plupart des calendriers du ministère de la Santé, le AT3 doit être administré 6 mois après le AT2*

*Rebecca doit recevoir le AT3 le 28 août 2008 (ce qui fait approximativement 6 mois après le AT2 du 28 février 2008)*

*Les dates des deux plus récentes doses de AT (AT2 et AT3) doivent être entrées dans le registre des consultations prénatales*

Elle revient pour une seconde visite le 12 août. Son taux d'hémoglobine est de 12.6 g/dl, et aucun facteur de risque prénatal n'est détecté. Elle reçoit une dose de Vermox et de Fansidar.

Le 7 octobre elle se présente pour le troisième contrôle. A l'examen, vous remarquez une présentation transverse et sa tension artérielle est de 17/10. Elle reçoit une seconde dose de Fansidar lors de la visite.

**(c) Enregistrer les informations relatives à la deuxième et à la troisième visite dans le registre. Quelles démarches allez-vous entreprendre suite aux conclusions de la troisième visite ?**

*Voir le modèle de registre des consultations prénatales*

*Elle a une présentation anormale et une tension artérielle élevée (prééclampsie). Elle doit être suivie attentivement au centre de consultations prénatales lors des prochaines visites afin que l'on puisse évaluer la présentation transverse ou intervenir pour faire revenir à une présentation normale.*

*Elle doit être envoyée vers un spécialiste pour une évaluation plus approfondie et pour des examens de prééclampsie (exemple : recherche de protéines dans l'urine) et/ou pour un suivi médical.*

Rebecca ne s'est pas présentée à sa dernière visite prévue pour le 11 novembre, et le 27 novembre elle est admise à la maternité à dilatation complète. Sa tension artérielle est de 14/8 et le taux de fréquence cardiaque fœtale est de 110 bpm.

La progression du travail n'est pas satisfaisante ; Le diagnostic fait état d'une présentation transverse persistante et la décision finale est de pratiquer une césarienne. L'opération est réalisée par le médecin de garde à trois heures du matin. Pendant l'opération elle perd approximativement 500 ml de sang.

Le nouveau-né, une fillette, est immédiatement pesé après l'opération et son poids enregistré à la naissance est de 1900g. A cinq minutes, la couleur de la peau est normale et on peut noter de faibles mouvements et des réactions à la stimulation. La fréquence respiratoire est faible et la fréquence cardiaque est de 90 bpm. Rebecca reçoit une dose postnatale de vitamine A à la maternité après l'opération.

**(d) Mise à jour des informations dans le registre des naissances.**

*Voir le modèle de registre des naissances*

**(e) Maintenant mettez à jour les informations relatives à cette naissance dans le registre des consultations prénatales. Quel mécanisme avez-vous mis en place pour veiller à cette transcription d'information ait lieu dans votre camp ? Où ces informations doivent-elles être également enregistrées. Pourquoi ?**

*Voir le modèle de registre des consultations prénatales. L'aboutissement d'une grossesse doit être mis à jour dès que possible après la naissance dans le registre des consultations prénatales.*

*Ces informations doivent aussi être enregistrées dans la feuille de pointage des consultations prénatales, afin de faciliter le rapport des statistiques à la fin de chaque semaine.*

Rebecca est gardée sous observation pendant une semaine et est libérée de la maternité le 4 décembre 2008. Elle va pour sa première visite postnatale une semaine plus tard, le 11 décembre. Aucun facteur de risque n'est décelé.

**(f) Entrez ces informations dans le registre postnatal.**

*Voir le modèle de registre des consultations postnatales*

**(g) A quelle date Rebecca finira-t-elle le suivi postnatal. De quoi devez-vous tenir compte pour la détermination de la date exacte ?**

*La date prévue est de 6 semaines (42 jours) après la date de délivrance.*

*La date de la fin du programme doit tenir compte des 7 jours passés par Rebecca comme malade hospitalisée à la maternité. Les six semaines doivent être comptées à partir du jour où elle a été libérée de la maternité (c-à-d le 4 décembre 2008).*

*Date prévue pour la fin du programme de consultations postnatales = 6 semaines après le 4 décembre = 15 janvier 2009*

Elle s'est présentée à la seconde et à la troisième visite à temps, et aucune complication n'a été décelée.

**(h) Entrez ces informations dans le registre pour achever les données postnatales de Rebecca**

*Voir le modèle de registre des consultations postnatales*

**Etude de cas 2 (Planification familiale)**

Rebecca est une réfugiée de 36 ans. Elle est mariée et mère de 4 enfants.

Elle se présente au centre de planification familiale le 29 mai 2008. Elle ne s'était jamais présentée au centre de santé du camp auparavant. Après la séance de conseils, vous lui donnez 25 préservatifs et 3 plaquettes de COCP. Vous lui programmez une autre visite pour le 28 août.

**(a) Enregistrez cette visite dans le registre de planification familiale. Comment allez-vous savoir si elle s'est présentée ou non à la visite suivante ?**

*Voir le modèle de registre de planning familial*

*Un cahier de rendez-vous doit être ouvert dans le cadre de la planification familiale pour l'enregistrement des dates prévues pour les visites et fixer des rendez-vous aux clients.*

Elle revient au centre le 5 septembre 2008. Elle décide d'arrêter l'utilisation de lo-femenal et de passer à celle de Depo-provera. Vous lui donnez une première injection de Depo-provera, et un autre lot de 25 préservatifs, et vous lui donnez un autre rendez-vous pour après trois mois.

**(b) Quel type d'usager est-elle ? Quels sont les paramètres qui vous permettent de prendre votre décision ?**

*Elle s'est présentée au centre de planning familial 8 jours après la date de rendez-vous prévue.*

*Sur la base des conseils fournis dans le manuel, une cliente est définie comme usagère discontinuée si elle met plus de 7 jours\* avant de se présenter à son rendez-vous. Ainsi, aux fins de cet exercice, elle est classée comme usagère discontinuée.*

*(\*REMARQUE : Le nombre exact de jours qui passent avant qu'un usager ne soit classé comme discontinu dépend de la politique de Santé Reproductive du pays).*

**(c) Enregistrer cette seconde visite dans le registre de planification familiale**

*Voir le modèle de registre de planification familiale*

*Elle a été considérée comme discontinuée à la fois pour le COCP et les préservatifs le 4 septembre après avoir dépassé le délai du rendez-vous de 7 jours.*

*Le 5 septembre, le Depo-provera et les préservatifs ont été repris et elle doit être inscrite comme nouvelle utilisatrice des deux méthodes.*

*Remarquez que chaque méthode de planification familiale doit être enregistrée dans une nouvelle page du registre de planification familiale. Ceci doit être fait de façon à permettre l'établissement d'un rapport exact des types d'utilisateurs de chaque méthode à la fin de chaque semaine.*

# > Exercice: Utilisation des informations sanitaires

## Module 9 - Santé reproductive

No. d'ordre	No. de la CPN	Nom	Age	Statut (Réf / Nat)	Adresse	Date de la visite	Etat civil	ENREGISTREMENT						HISTORIQUE OBSTETRICALE				
								Gestité	Parité	Nombre d'enfants	DDR	DPA	Age gestationnel	Enfant mort-né	Avortement	Césarienne	Dernier né	
																	Date de naissance	Vivant / décédé
001	001	Rebecca	19	Ref	Camp	3/6/08	Marié	2	1	1	4/3	11/12	13/36	0	0	0	1/04	Vivant

# Registre des consultations prénatales

FACTEURS DE RISQUE												SERVICES (entrer la date)								RÉSULTAT DE LA GROSSESSE						Vitamine A 200.0000 IU	
1e visite			2e visite			3e visite			4e visite			Fansidar		RPR			AT		Méband.	MII	Avortement		Accouchement normal		Mort né		
Date	Age gest.	CPN FR*	Date	Age gest.	CPN FR*	Date	Age gest.	CPN FR*	Date	Age gest.	CPN FR*	1	2	- ve	+ ve	P'naire traité	1	2			Compl.	Sans compl.	Date	Compl.**	Inaltéré		Macéré
3/6	13/36	A	12/8	23/36	X	7/10	31/36	T	-	-	-	12/8	7/10	3/6			28/2	28/8	12/8	3/6			28/11/08	OT/SC			29/11

\* Facteurs de risque prénatals:

- X = pas de facteur de risque
- A = anémie
- O = Œdème
- P = protéinurie
- PDS = ne gagnant pas de poids
- HAP = hémorragie antepartum
- T = Tension artérielle élevée (+ de 140 /90)
- POS = position anormale (après 32 semaines)
- Au = autre

\*\* Complications lors de l'accouchement:

- X = pas de complications
- HPP = hémorragie postpartum
- E = eclampsie
- OT = obstruction du travail
- S = siège
- D = déchirure complète
- SP = septicémie puerpérale
- SC = section césarienne
- Au = Autre

## > Exercice: Utilisation des informations sanitaires

### Module 9 - Santé reproductive

							ENREGISTREMENT				
No. d'ordre	No. de code FP	Nom	Age	Sexe (M / F)	Statut (Réf / Nat)	Adresse	Date de visite	Revisite (O / N)	Etat civil	Nombre d'enfants	
001	001	Rebecca	36	F	Ref	Camp	29/5/08	N	Marié	4	
002	001	Rebecca	36	F	Ref	Camp	28/8/08	Y	Marié	4	
003	001	Rebecca	36	F	Ref	Camp	5/9/08	Y	Marié	4	

# Registre de la planification familiale

MÉTHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE											Type d'utilisateur *	Prochain rendez-vous
PCOC - Faible dose <i>Micro-gynon</i> <i>Nordette</i>	PCOC - Forte dose <i>Lo- femenal</i>	PUP <i>Micro-val</i> <i>Micro-lut</i>	PCU <i>Postinor-2</i>	Contraceptif Injectable <i>Depo-Provera</i>	Implants <i>Norplant</i>	DIU	Préservatif		Stérilisation			
							Masculin	Féminin	Date acceptation	Date mise en œuvre		
	3 cycles										Nouveau	28/8/08
						25					Nouveau	28/8/08
	X										Abandon	4/9/08
						X					Abandon	4/9/08
				1st inj.							Nouveau	28/8/08
						25					Nouveau	28/8/08

\* Type d'utilisateur: 1. Nouveau utilisateur 2. Utilisateur régulière 3. Abandon  
(se référer aux définitions dans directives)

# > Exercice: Utilisation des informations sanitaires

## Module 9 - Santé reproductive

### ENREGISTREMENT

No. d'ordre	No. de la CPN	Nom	Age	Statut (Réf / Nat)	Adresse	Date de l'admission	Heure de l'admission	Gestité	Parité	Nombre d'enfants	DDR	DPA	Age gestationnel	Pression artérielle	FC foetale	Présentation	RPR	
																	- ve	+ ve
001	001	Rebecca	19	Ref	Camp	27/11/08	1200	2	1	1	4/3	11/12	39/36	140/80	110	Tran	3/6	



# Registre de l'accouchement

INFORMATIONS SUR L'ACCOUCHEMENT					RESULTAT DE L'ACCOUCHEMENT						NOUVEAU-NE						
Date	Heure	Mode d'accouche.	Lieu de la naissance	Avec agent de santé qualifié	Accouche. normal	Accouche. compliqué	Mort-né		Perte de sang	Etat du périnée	Sexe (M / F)	Etat physique	Indice Apgar	Poids à la naissance		Pesée < 72 h	Nom du agent de santé
							Inaltéré	Macéré						< 2500g	> 2500g		
28/11/08	0300	LSCS	Hôpital	Docteur		OL			500	Intact	F	Pauvre	6/10	1900		Y	Nom de Docteur

\* Complications lors de l'accouchement:

X = pas de complications

HPP = hémorragie postpartum

E = eclampsie

OT = obstruction du travail

S = siège

D = déchirure complète

SP = septicémie puerpérale

SC = section césarienne

Au = Autre

# > Exercice: Utilisation des informations sanitaires

## Module 9 - Santé reproductive

						INFORMATIONS SUR L'ACCOUCHEMENT			
No. d'ordre	No. de la CPN	Nom	Age	Statut (Réf / Nat)	Adresse	Date	Mode	Complications	Sexe (M / F)
001	001	Rebecca	19	Ref	Camp	28/11/08	LSCS	OL	F

† Note: La date de la sortie se situe 6 semaines après l'accouchement, pour autant qu'il n'y ait pas de complications

# Registre des consultations postpartum

1e visite postpartum			2e visite postpartum			3e visite postpartum			Date de sortie prévue	Nombre de visites effectuées	Motif de la sortie **
Date	Complications *	Commentaire	Date	Complications *	Commentaire	Date	Complications *	Commentaire			
11/12	X	Salle de mat. pour 2 jours	1/1	X	à l'heure	15/1	X	à l'heure	15/1	3	Authorisées

\* Complications postpartum:  
 X = pas de complication  
 HPP = hémorragie post-partum  
 E = eclampsie  
 A = anémie

SP = septicémie puerpérale  
 AI = problème d'allaitement  
 D = déchirure complète  
 Au = autre

\*\* Motif de la sortie:  
 1. Sortie autorisée    3. Absence  
 2. Décès                4. Transfert