



NOM DE L'EQUIPE : \_\_\_\_\_

## FICHE DE SUIVI DES DECISIONS PRISES PAR L'EQUIPE

DATE :

PERIODE : du ...../...../..... au ...../...../.....

N°	Activités Programmées (A)	Etat d'exécution			Raisons de la non-exécution
		Resp (B)	En cours (C)	Achevées (D)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Etc.					
TOTAL					

Taux brut de réalisation :  $( (C+D) / A ) \times 100 =$  %    Taux d'exécution complète :  $(D/A) \times 100 =$  %

# CANEVAS DE SUPERVISION DES ACTIVITES NACS

## Identification

Province :
Zone de Santé :
Nom de la structure :
Provenance :
Nom du Superviseur :
Fonction du Superviseur :
Nom du Supervisé :
Fonction du Supervisé :

ACTIVITES/TACHES	Oui/Non	Bien fait	Mal fait	Observation
Personnel formé en NACS				Nbre =
<b>1. ACCUEIL</b>				
Les patients sont reçus selon l'approche BERCER.				
<b>2. EVALUATION NUTRITIONNELLE</b>				
<b>2.1. PRISE DE POIDS</b>				
Présence de balance pour adulte en bon état.				
Présence de balance pour enfant en bon état.				
Vérification de la fonctionnalité de la balance.				
Aiguille remise à zéro après quelques pesées.				
Balance installée.				
Pesée effectuée selon les normes.				
Poids Transcrit sur un support.				
<b>2.2. PRISE DE LA TAILLE</b>				
Existence de toise pour adulte en bon état.				
Existence de toise pour enfant en bon état.				
Toise apprêtée.				
Taille Mesurée selon les normes.				

Taille transcrite sur un support.				
<b>2.3. PRISE DU PB</b>				
Existence de brassard PB :				
- pour enfant				
- pour adulte				
Brassard apprêté.				
PB mesuré selon les normes.				
PB Transcrit sur un support.				
<b>2.4. RECHERCHE DES OEDEMES NUTRITIONNELS</b>				
Oedèmes recherchés				
Résultat transcrit sur le support.				
<b>3. CLASSIFICATION NUTRITIONNELLE</b>				
Aides mémoires présents : table P/T, algorithmes, disque ou/et table IMC,				
<b>3.1. Détermination de l'indice P/T</b>				
Table P/T utilisée.				
Résultat P/T transcrit sur le support.				
<b>3.3. Détermination de l'IMC</b>				
Disque/table IMC utilisé.				
Résultat transcrit sur le support.				
<b>3.4. Classification de l'état nutritionnel par le PB</b>				
Ruban PB utilisé.				
Résultat transcrit sur le support.				
<b>3.5. Classification de l'état nutritionnel suivant les oedèmes</b>				
Interprétation du résultat de la recherche.				
Résultat transcrit sur le support.				

4. EVALUATION ALIMENTAIRE				
Questions sur la consommation alimentaire de 24h posées.				
Fréquence des prises d'aliment recherchée.				
Réponses notées sur la fiche de suivi.				
5. EVALUATION DE L'INSECURITE ALIMENTAIRE				
Indice domestique de la faim recherché.				
Réponses codifiées.				
Réponses codifiées transcrites sur la fiche de suivi.				
Somme des codes notée sur la fiche de suivi.				
6. PLAN DES SOINS NUTRITIONNELS				
Repas et gouters prescrits et expliqués au client.				
Détails du plan prescrit notés sur la fiche de suivi.				
7. EDUCATION ET COUNSELING NUTRITIONNELS				
7.1. Séances d'éducation collective				
Supports éducatifs présents : BI, Carte conseils, affiches.				
Séances d'éducation organisées.				
Leçons des séances préparées par le prestataire.				
Thèmes choisis correspondent aux besoins exprimés par le groupe.				
Clients systématiquement informés sur les ANC.				
Ustensiles de cuisine disponibles.				
Démonstrations culinaires organisées.				
Rapport des séances d'éducation élaboré.				
Rapport de séances d'éducation archivé.				
7.2. Counseling et référence en nutrition				
Counseling conduit selon l'approche BERCER.				
Conseils appropriés et individualisés donnés.				

Client référé vers les associations communautaires de renforcement économique et moyens de subsistance.				
Suivi du client référé vers les associations communautaires de renforcement économique et moyens de subsistance.				
<b>8. SOINS ET SOUTIEN NUTRITIONNELS</b>				
Client en état de MAS orienté vers UNTA ou UNTI.				
Prescription des AFM/recettes à base d'aliments locaux au client en état MAM.				
Recettes appropriées prescrites au client en cas d'affections rendant l'alimentation difficile.				

**Commentaires :**

**Recommandations :**

Fait à : ..... le ...../...../.....

Supervisé(s) :  
Nom et signature

Superviseur(s) :  
Nom et signature

# CANEVAS DE SUPERVISION NACS AU NIVEAU DU BCZS

## Identification

Province :
Zone de Santé :
Nom de la structure :
Provenance :
Nom du Superviseur :
Fonction du Superviseur :
Nom du Supervisé :
Fonction du Supervisé :

ACTIVITES/TACHES	Oui/Non	Bien fait	Mal fait	Observation
<b>1. RESSOURCES</b>				
<b>1.1. Humaines</b>				
Personnel du BCZS formé en NACS.				Nbre =
<b>1.2. Matérielles</b>				
Présence des documents de formation en NACS.				
Disponibilité des supports : Boîte à images, Carte conseils, affiches, fiches de suivi, canevas de rapport.				
Disponibilité des canevas de supervision.				
<b>2. SUIVI ET EVALUATION NACS</b>				
Existence du plan de supervision intégrant le NACS.				
Présence des données NACS sur les compte-rendus de monitoring.				
Existence des copies de rapports des activités NACS provenant des sites et transmis à la Coordination.				
Affichage de tableau de suivi des indicateurs NACS.				
Existence des rapports de supervision intégrant les activités NACS.				
Existence d'une base de données contenant les données NACS à jour.				
Données NACS archivées.				

**Commentaires :**

**Recommandations :**

Fait à : ..... le ...../...../.....

Supervisé(s) :  
Nom et signature

Superviseur(s) :  
Nom et signature