|  |  |
| --- | --- |
|  | **FORMULAIRE D’ÉVALUATION MAMI** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations de base** | | | | | | | | | |
| **Nom du nourrisson**  (prénom et nom) | *Liya Gebre* | | | | | | | **No d’identification** | *23456* |
| **Date de l’évaluation** | *\_\_\_31\_\_ /\_07\_\_ /\_\_\_2021\_\_* |
| **Sexe** | M | F | | **Âge du nourrisson :** | | *\_\_\_* **mois** *6***semaines** | | **Date de naissance** | *\_20\_\_\_\_ /06\_\_\_ /\_\_2021\_* |
| **Nom de la principale personne en charge** | *Amina Gebre* | | | | | | | **Lien avec l’enfant** | mère |
| grand-mère |
| autre : |
| **Source de référence** | dépistage  communautaire | | clinique  ambulatoire | | soins hospitaliers | | visite autonome | autre : *Clinique de vaccination* | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉTAPE 1 VÉRIFIER LES SIGNES DE DANGER (nourrisson)** | | | | |
| **SIGNES DE DANGER** | **Incapable de téter/de boire ?** | | non | oui |
| **Vomit tout ?** | | non | oui |
| **Œdème bilatéral** (+, ++ ou +++) **?** | | non | oui |
| **La mère semble déconnectée de la réalité ou risquer de se faire du mal à elle-même ou à son enfant ;**  **négligence physique visible (mère ou enfant)** | | non | oui |
| **Autre(s) signe(s) de danger d’après la PCIME ? Précisez :** |  | | |
| **AGIR** | **TOUT SIGNE DE DANGER → envoyer D’URGENCE à l’hôpital** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉTAPE 2 ÉVALUER LES SIGNES CLINIQUES ET SYMPTÔMES (nourrisson)** | | | | | | | | | | |
| **SIGNES CLINIQUES**  **ET SYMPTÔMES** | ***Classer selon la PCIME*** | **vert** | **jaune** | **rose** | **SIGNES CLINIQUES**  **ET SYMPTÔMES** | ***Classer selon la PCIME*** | **vert** | | **jaune** | **rose** |
| **Diarrhée** | aucune | légère/modérée | sévère | **Toute autre maladie** (voir la PCIME) | aucune | | légère/modérée | sévère |
| **Fever** | aucune | légère/modérée | sévère | **Précisez toute autre maladie :** |  | | | |
| **Toux** | aucune | légère/modérée | sévère | **Trouble ou handicap congénital entraînant des difficultés d’alimentation**  (p. ex. fente labiale, frein restrictif de la langue) | aucune | **oui :** | | |
| **Pâleur sévère** (anémie) | aucune | – | sévère |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉTAPE 3 ÉVALUER LA CROISSANCE (nourrisson)** | | | | | | | | |
| **Périmètre brachial (PB) :** | *108* **mm** | | **Poids :** | *3,4*  **kg** | | **Poids à la naissance :** | | *2,3* **kg** |
| **Taille :** | *51,0* **cm** | | **PAZ :** | *< -2* | | **PTZ :** | | *> -2* |
| **Classer le Z-score poids-pour-âge (PAZ) ou le Z-score poids-pour-taille (PTZ) à l’aide des courbes de croissance des nourrissons.** | | | | | | | | |
| **PAZ < -2.0** | | | | | non | | oui | |
| **PTZ <-2,0** | | | | | non | | oui | |
| **PB inférieur à 110 mm** (nourrissons < 6 semaines) | | | | | non | | oui (âge < 6 semaines) | |
| **PB inférieur à 115 mm** (nourrissons de 6 semaines à < 6 mois) | | | | | non | | oui (âge 6 semaines – 6 mois) | |
| **Perte de poids récente ou absence d’une prise de poids suffisante** | | | | | non | | oui | |
| **Autre – précisez :** | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉTAPE 4 ÉVALUER LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE MAMI (nourrisson et mère)** | | | | | | | |
| **Mère absente ou décédée** | non | absente ou décédée |  | **Le PB de la mère est inférieur à 230 mm** | | non | oui |
| **Faible poids à la naissance** (2 500 g ou moins) | non | oui | **Le nourrisson pleure excessivement/a du mal à dormir** (signalé) | | non | oui |
| **Naissance prématurée** | non | oui | **Tout autre problème** (par exemple, mère atteinte de la tuberculose, autre maladie, coliques) ? | | non | oui |
| **Naissances multiples** | non | oui | **Précisez tout autre problème :** |  | | |
| **Mère adolescente** (moins de 19 ans) | non | oui |
| **Mère séropositive avec des inquiétudes** | non | oui |
| **PB de la mère** | \_\_\_240\_\_\_\_\_ **mm** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉTAPE 5 DÉPISTER LE RISQUE NUTRITIONNEL (nourrisson et mère)** | | | | | | |
|  | | | **FAIBLE RISQUE NUTRITIONNEL** | | **POSSIBLE RISQUE NUTRITIONNEL** | |
| Êtes-vous la mère biologique de l’enfant ? Si non, demandez : Quelle en est la raison ? | | | mère biologique | | mère décédée ou absente | |
| Le nourrisson est-il allaité ? | | | allaité | | non allaité | |
| Si le nourrisson est allaité : Quels autres aliments ou boissons le nourrisson reçoit-il ? | | | aucun (uniquement le lait maternel) | | tout autre aliment ou boisson | |
| Des problèmes pour nourrir votre enfant ? | | | non | | oui | |
| **AGIR** | **TOUT SIGNE DE POSSIBLE RISQUE NUTRITIONNEL → effectuer une évaluation de l’alimentation** | | | | | |
| **Pratiques d’alimentation du nourrisson :** | | allaitement exclusif | | alimentation mixte | | non allaité |
| **Risque nutritionnel basé sur l’évaluation :** | | faible risque nutritionnel | | | risque nutritionnel modéré | |
| **Détail des éventuelles difficultés d’alimentation :** | | *La mère présente des signes de mammite, une mauvaise prise du sein, de courte durée* | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉTAPE 6 DÉPISTER LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DE LA MÈRE** | | | | | | | |
| **Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gênée par les problèmes suivants ?** | | **jamais** | | **plusieurs jours** | **plus de la moitié des jours** | | **presque tous les jours** |
| **Peu d’intérêt ou de plaisir à faire des choses ?** | | 0 | | 1 | 2 | | 3 |
| **Sentiment de tristesse, déprime ou désespoir ?** | | 0 | | 1 | 2 | | 3 |
| **Additionnez les scores des colonnes :** | | | | *2* |  | |  |
| **SCORE DE DÉPISTAGE :** | | | | ***2*** | | | |
| Score de dépistage de 2 ou moins, mais l’agent de santé est préoccupé par la santé mentale de la mère | | non | oui, précisez : |  | | | |
| **AGIR** | **SCORE DE DÉPISTAGE DE 3 OU + OU PRÉOCCUPATION CONCERNANT LA SANTÉ MENTALE DE LA MÈRE →**  **Effectuer une évaluation de la santé mentale** | | | | | **SCORE D’ÉVALUATION** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RÉSUMÉ DE L’ÉVALUATION MAMI** | | | |
| **Étape 1 :** Signe clinique nécessitant une orientation vers un hôpital ou des services spécialisés ? | **non** | **–** | **oui** |
| **Étape 2 :** Signe de retard de croissance du nourrisson ? | **non** | **oui** | **–** |
| **Étape 3 :** Autres facteurs de risque ? | **non** | **oui** | **–** |
| **Étape 4 :** Signe de risque nutritionnel modéré ? | **non** | **oui** | **–** |
| **Étape 5 :** Score de l’évaluation de la santé mentale de la mère (le cas échéant) Classer et orienter | 0 – 9 **et** réponse **«**non » à la question 9 (pensées d’automutilation) | 10 – 14 **et** réponse « non » à la question 9 (pensées d’automutilation) | 15+ **et/ou** réponse « oui » à la question 9  (pensées d’automutilation) |
| **Classer et orienter** | **RISQUE FAIBLE :**  **Si tous les signes sont cochés, orienter vers des services de soins ordinaires et proposer des conseils en matière d’ANJE.** | **RISQUE MODÉRÉ :**  **Si l’un des signes est coché, inscrivez-vous**  **aux soins ambulatoires MAMI.** | **RISQUE ÉLEVÉ :**  **Si l’un quelconque des signes est coché, orienter vers un hôpital ou des services spécialisés.** |
| **Autre – précisez :** |  | | |
| Principaux problèmes identifiés :  1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| Si vous ne suivez pas les conseils ci-dessus sur les options d’orientation, expliquez pourquoi : | | | |