### FICHE DE PRÉ-VISITE

|  |  |
| --- | --- |
| **Informations sur la formation sanitaire** | |
| **Nom de la formation sanitaire** |  |
| **Emplacement de la formation sanitaire** | District: Ville/Village: Coordonnées GPS :  Niveau de l’établissement : |
| **Services, au sein de la formation sanitaire, où sont réalisés le dépistage et/ou le traitement du cancer du col de l’utérus** |  |
| **Nombre de lits d’hospitalisation par service** |  |
| **Population cible de la formation sanitaire** |  |
| **Nombre de femmes dans la population cible des services de dépistage du cancer du col de l'utérus** |  |
| **Nombre de femmes vivant avec le VIH cible des services de dépistage du cancer du col de l'utérus** |  |
| **Au cours des 3 derniers mois, parmi les patientes présentant des lésions précancéreuses dépistées dans l'établissement, le % ou plus a reçu un traitement (combinaison du même jour et lors d'une visite ultérieure)".** |  |
| **Objectif de dépistage mensuel atteint au cours des 3 derniers mois**  ***Méthode de notation : 2 = 85-114% de la cible atteinte ; 1 = 75-84% de la cible atteinte ; 0 = ≤75% ou >115% de la cible atteinte*** |  |

**Quels sont les services de prévention du cancer du col de l'utérus que cette formation sanitaire est censée fournir ? (Cochez toutes les réponses applicables)**

**Aucun service actuellement désigné**

Biopsie

Test HPV – prélèvement d’échantillons

Auto-prélèvement

Prélèvement d'échantillons cytologiques

LEEP

IVA

Curetage endocervical VILI

Cytologie Cryothérapie

Ablation thermique

Test HPV sur place

Approche à visite unique (dépistage et traitement le même jour)

Histologie/pathologie Colposcopie

Autre :

**Est-il prévu d'ajouter des services de prévention du cancer du col de l'utérus à la formation sanitaire (ou au campus) ? (Cochez toutes les réponses applicables)**

**Pas de projet d'ajout de services**

Biopsie

Test HPV – prélèvement d’échantillons

Auto-prélèvement

Prélèvement d'échantillons cytologiques

LEEP

IVA

Curetage endocervical

VILI

Cytologie

Cryothérapie

Ablation thermique

Test HPV sur place

Approche à visite unique (dépistage et traitement le même jour)

Histologie/pathologie

Colposcopie

Autre :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LES EFFECTIFS ACTUELS DES SERVICES DE PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS** | | | | | | | |
| **Compétences** |  | **Nombre de prestataires formés qui fournissent actuellement des services** | | | | | **Commentaires** |
| **Existence des services :**  2 = les services désignés sont fournis de manière régulière et continue ; 1 = les services désignés sont fournis, mais certaines interruptions de services se produisent ; 0 = les services désignés ne sont pas fournis. Ne notez pas les services que l'établissement n'est pas désigné pour fournir. | **Infirmières** | **Sages-femmes** | **Responsables cliniques et médecins** | **Autre cadre** *(note dans les commentaires)* | **Effectif total** |
| Test HPV (prélèvement) |  |  |  |  |  |  |  |
| Cytologie (Collection) |  |  |  |  |  |  |  |
| VIA |  |  |  |  |  |  |  |
| VILI |  |  |  |  |  |  |  |
| Cryothérapie |  |  |  |  |  |  |  |
| Ablation thermique |  |  |  |  |  |  |  |
| Colposcopie |  |  |  |  |  |  |  |
| Biopsie |  |  |  |  |  |  |  |
| LEEP |  |  |  |  |  |  |  |
| Curetage endocervical |  |  |  |  |  |  |  |
| Cytologie (sur place) |  |  |  |  |  |  |  |
| Test HPV (sur place) |  |  |  |  |  |  |  |
| Histologie/Pathologie |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |

**HORAIRES D’OUVERTURES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** | **Samedi** | **Dimanche** |
| **Heures d’ouvertures** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Heures de fermetures** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prénom(s)** | **Nom** | **Année de naissance** | **Sexe (H/F)** | **Fonction** | **Disponibilité** | | | | | **Année d’ancienneté dans la formation sanitaire** | **Formation académique** | **Formation IVA (test, counseling)?**  **Si oui, année, durée** | **Formation sur les technologies de prévention et le contrôle du HPV ?**  **Si oui, année, durée** | **Formation sur les technologies de traitement (cryothérapie et/ou ablation thermique)?**  **Si oui, quelles technologies, année, durée** | **Effectuez-vous régulièrement des traitements contre le HPV ?** |
| **Statut (temps plein ou temps partiel ; fixe ou rotation)** | **Jours de travail** | | **Horaires** | |
| **Equipes** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **(D’autres cadres peuvent être ajoutés selon les besoins, par exemple :**  **- Technicien de laboratoire**  **- Cytotechnologue**  **- Pathologiste)** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |

**LISTE DU PERSONNEL DES SERVICES CANCER DU COL DE L’UTÉRUS**

Complétez le tableau suivant si la formation sanitaire prévoit d'étendre ses services.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LES EFFECTIFS POTENTIELS DES SERVICES DE PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS** | | | | | | | |
| **Compétences** | **Nombre de prestataires qui répondent aux critères de sélection pour la formation** | | | | |  | **Commentaires** |
| **Infirmières** | **Sages-femmes** | **Responsables cliniques et médecins** | **Autre cadre** *(note dans les commentaires)* | **Effectif total** | **Effectif souhaité** |
| Test HPV (prélèvement) |  |  |  |  |  |  |  |
| Cytologie (Collection) |  |  |  |  |  |  |  |
| VIA |  |  |  |  |  |  |  |
| VILI |  |  |  |  |  |  |  |
| Cryothérapie |  |  |  |  |  |  |  |
| Ablation thermique |  |  |  |  |  |  |  |
| Colposcopie |  |  |  |  |  |  |  |
| Biopsie |  |  |  |  |  |  |  |
| LEEP |  |  |  |  |  |  |  |
| Curetage endocervical |  |  |  |  |  |  |  |
| Cytologie (sur place) |  |  |  |  |  |  |  |
| Test HPV (sur place) |  |  |  |  |  |  |  |
| Histologie/Pathologie |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |

**EXAMEN PRÉALABLE À LA VISITE DES DONNÉES COMMUNIQUÉES PAR LES FORMATIONS SANITAIRES**

Période couverte par l'examen des données : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*NOTE : Il est recommandé que l'examen des données couvre les données spécifiques aux formations sanitaires pour les indicateurs clés au cours des 3 mois précédents.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Indicateur (doit être adapté aux principaux indicateurs normalisés utilisés au niveau national)* | *Valeur* | **Objectif ou point de référence** | **Objectif atteint ou critère de référence** |
| Nombre de femmes ayant subi un dépistage pour la première fois dans la tranche d'âge visée au *cours des trois derniers mois* |  |  |  |
| Proportion de femmes ayant subi un premier dépistage au *cours* des *trois derniers mois et se* situant dans la tranche d'âge visée |  |  |  |
| Proportion de l'ensemble des femmes inscrites aux soins et au traitement du VIH qui ont bénéficié d'au moins un dépistage au *cours des trois derniers mois* |  |  |  |
| Taux de positivité des tests de dépistage au *cours des 3 derniers mois* |  |  |  |
| Taux de visites uniques au *cours des 3 derniers mois* |  |  |  |
| Taux de traitement au *cours des 3 derniers mois* |  |  |  |

**MECANISME DE REFERENCE**

**Les sites pour la référence depuis la formation sanitaire sont identifiés ? Si oui, veuillez préciser la liste des formations sanitaires identifiées pour la référence.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Région** | **Niveau dans la pyramide sanitaire** | **Types de services offerts dans le cadre de la référence** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Existe-t-il un mécanisme de référence avec les organisations à base communautaire (OBC) ? Si oui veuillez préciser la liste des OBC partenaires ou rattachées à votre formation sanitaire.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Région** | **Types de services offerts dans le cadre de la référence** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**CONSIDERATION COVID**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Considérations COVID** | **Score**  **(0,1,2)**  *(0:Non; 1: Partiellement; 2: Oui)* | **Commentaires** |
| Le personnel des formations sanitaires a été orienté sur le plan national de réponse COVID et le plan de mise oeuvre de la reponse nationale au niveau de la formation sanitaire |  |  |
| Le personnel de nettoyage a reçu une formation sur les procédures de nettoyage au cours des 12 derniers mois. |  |  |
| Le personnel clinique a reçu une formation sur les procédures de nettoyage au cours des 12 derniers mois |  |  |
| Les agents de santé de cette formation sanitaire ont-ils été déployés dans d'autres formations sanitaires depuis la dernière période de référence (par exemple, les sites de test COVID-19) ? Si oui, pourquoi ? |  |  |
| Le personnel de santé ont-ils été absents de cette formation sanitaire pour cause de maladie ou de crainte d'infection depuis la dernière période de référence ? |  |  |
| Quel a été l'impact du COVID sur le nombre et le type de patients qui se font soigner à la formation sanitaire ? |  |  |