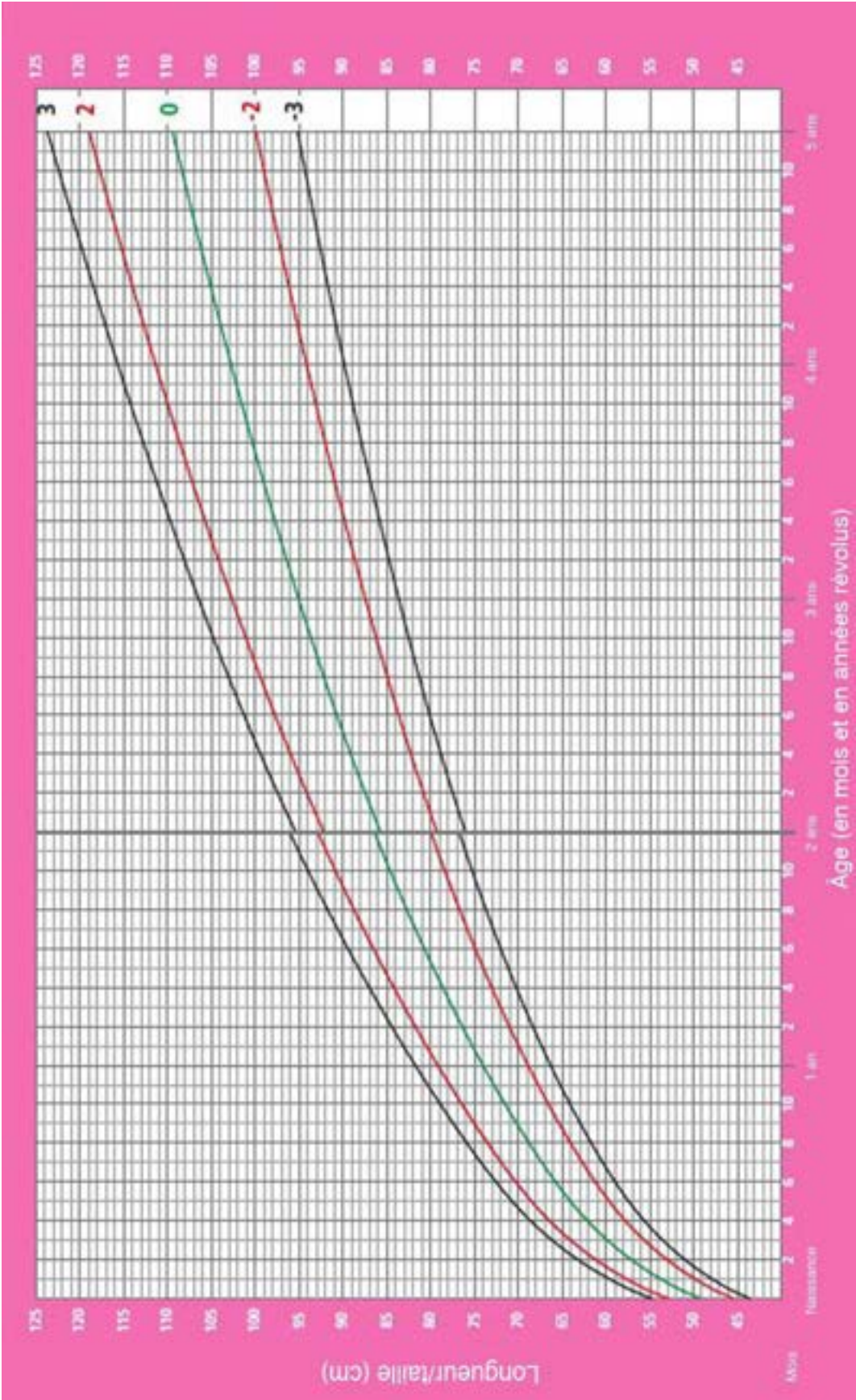


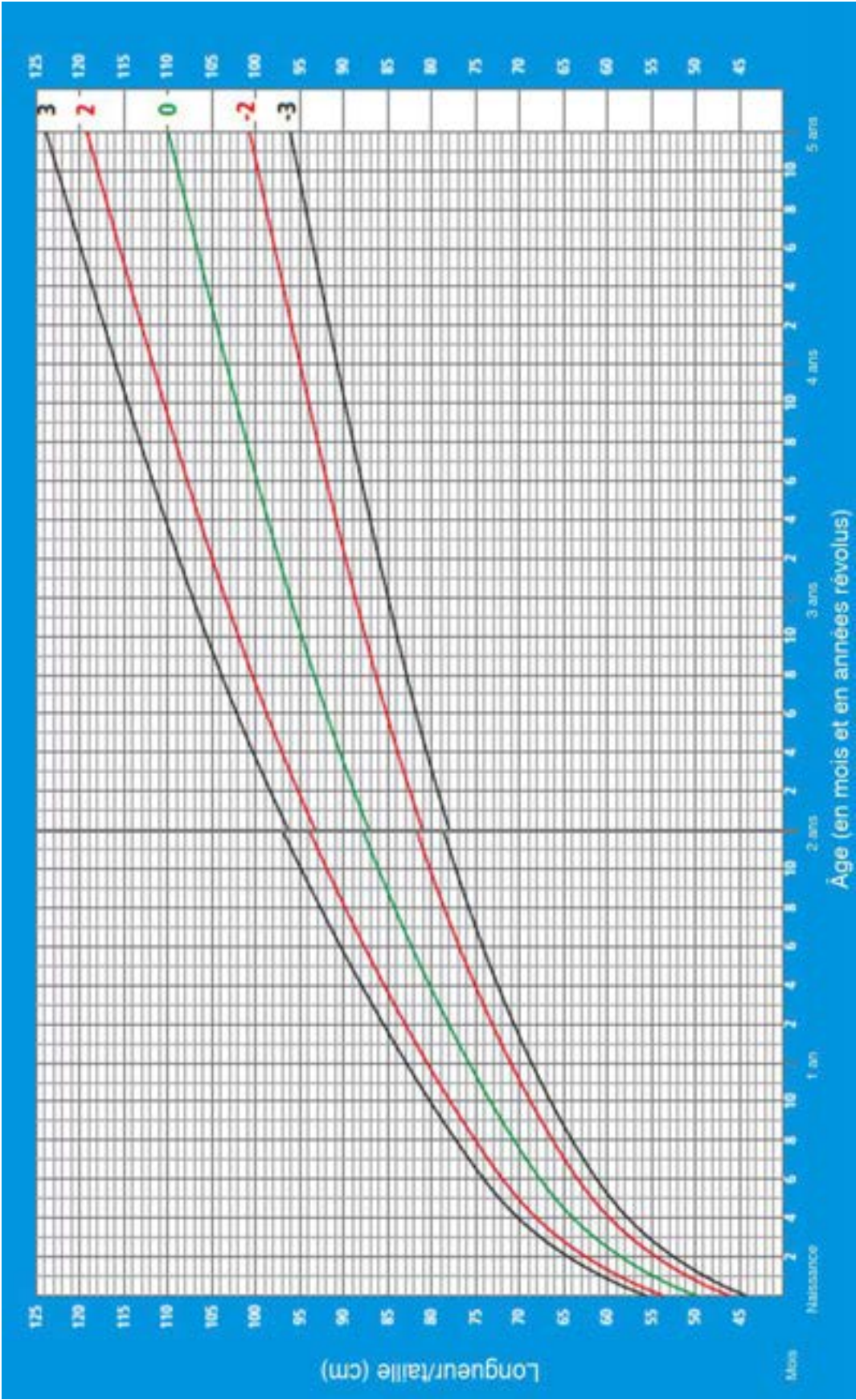
J. APPENDICES

ANNEX 1 : BMI curve for girls aged 5 to 19 years
APPENDIX 2: BMI curve for boys aged 5 to 19 years
APPENDIX 3: BMI Table for Adults
ANNEX 4 : Daughter growth curve
APPENDIX 5: Boy's growth chart
ANNEX 6 : Anthropometric measurement data sheets
ANNEX 7 : Algorithm for screening for global acute malnutrition
APPENDIX 8: PNS Data Sheet
ANNEX 9 : PNS Tracking Sheet
APPENDIX 10: PTA Technical
Sheet APPENDIX 11: PTA
Tracking Sheet
APPENDIX 12: Weight-for-height reference map (WHO Growth Standard)
APPENDIX 13: Appetite test
APPENDIX 14: RUTF-based treatment
ANNEX 15: Institutional IYCF assessment sheet
ANNEX 16: Community IYCF assessment sheet
ANNEX 17: Haitian food pyramid
APPENDIX 18: PCMAG Reference and Counter-Reference Sheets
APPENDIX 19: USN Therapeutic Data Sheet
APPENDIX 20: USN Therapeutic Data Sheet
APPENDIX 21: Comparison of the Clinical Signs of Dehydration and Septic
Shock in the Severely Malnourished Patient
APPENDIX 22: How to insert a nasogastric tube APPENDIX
23: IMPORTANT! Acts not to be performed! APPENDIX 24:
Psychomotor Stimulation Toys
APPENDIX 25: Composition of Mineral and Vitamin Solutions APPENDIX
26: Preparation of RESOMAL Oral Rehydration Solution
APPENDIX 27: Technical sheet for the preparation of therapeutic milks
F75/F100 APPENDIX 28: Follow-up register for children under 5 years of age
ANNEX 29: Prenatal Registry ANNEX
30: Maternity Registry
ANNEX 31: Monthly Activity Report PNS ANNEX 32:
Monthly Activity Report PTA/USN ANNEX 33:
Monthly Report
ANNEX 34: Supervision form ANNEX 35:
High-risk MAM

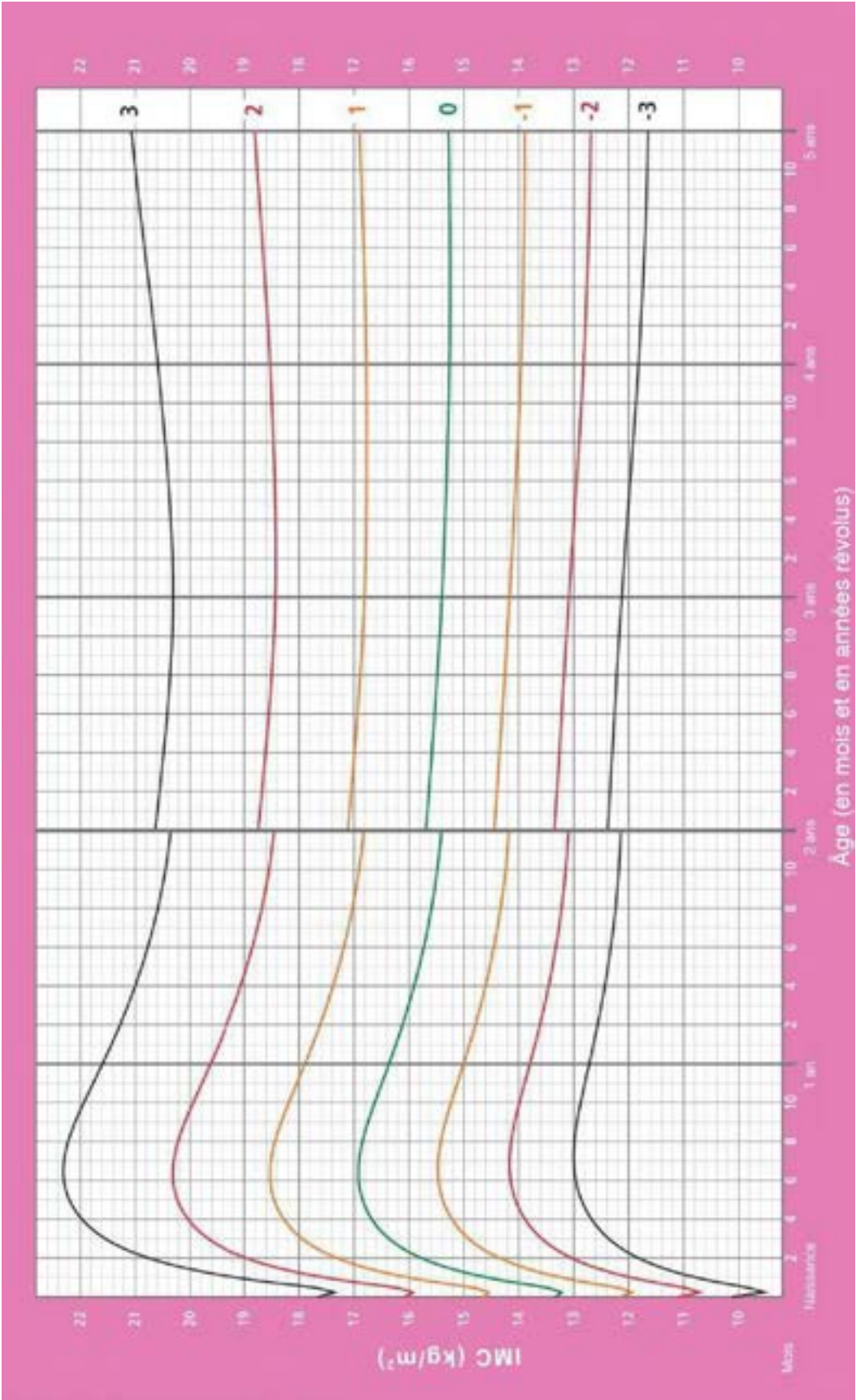
APPENDIX 1: Daughter growth chart



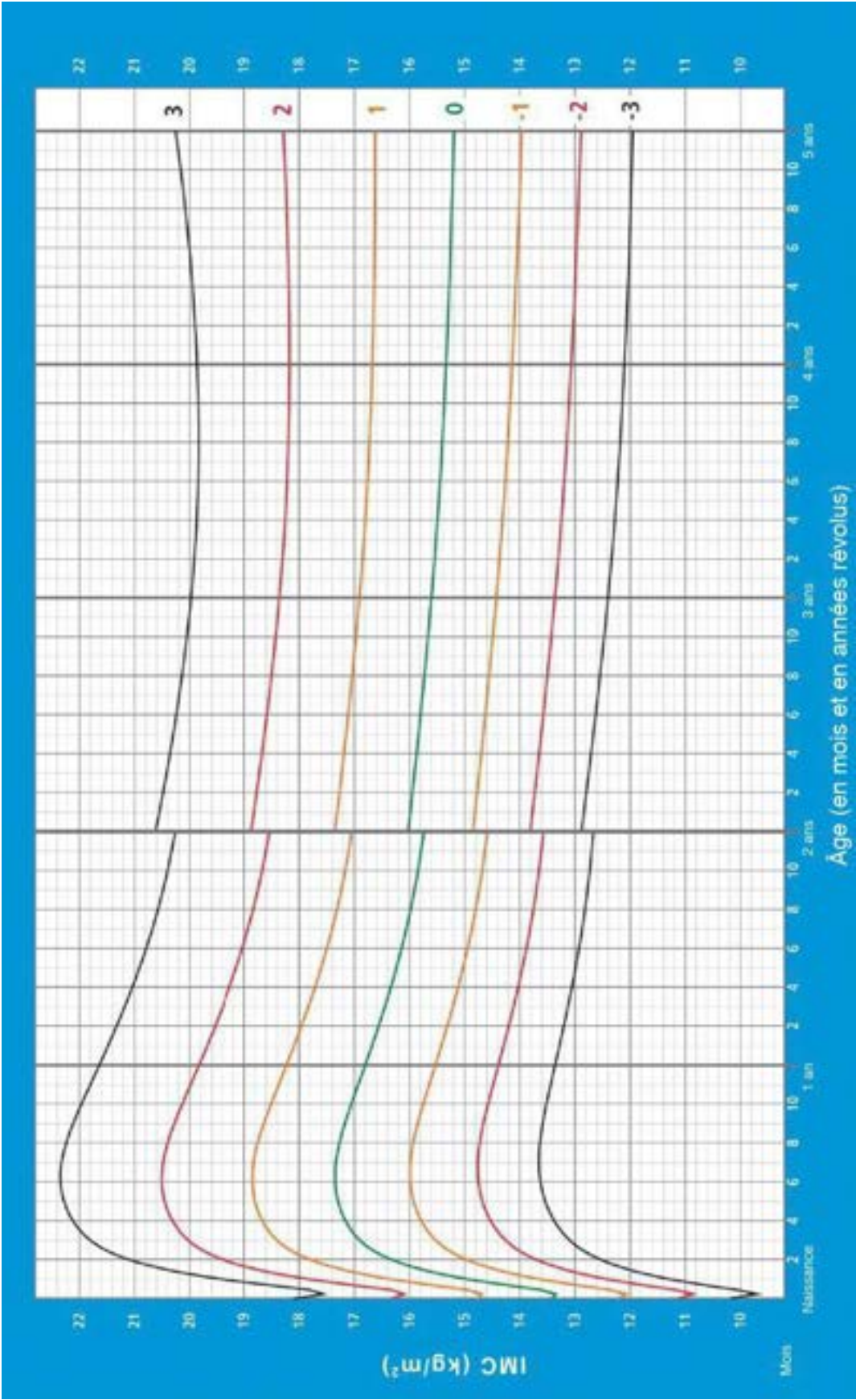
APPENDIX 2: Boys' growth chart



APPENDIX 3: BMI curve for girls aged 5 to 19



APPENDIX 4: BMI curve for boys aged 5 to 19 years



APPENDIX 5: BMI Table for Adults

Category	BMI (kg/m ²)
Severely underweight	< 16.0
Moderate underweight	16.0 – 16.9
Mild underweight	17.0 – 18.4
Normal weight	18.5 – 24.9
Overweight	25.0 – 29.9
Class I (moderate) obesity	30.0 – 34.9
Class II (severe) obesity	35.0 – 39.9
Class III (morbid) obesity	≥ 40.0

BMI calculation:
$$\frac{\text{Weight in kg}}{(\text{Size in m})^2}$$

APPENDIX 6: Anthropometric measurement data sheets

Anthropometric measures are the most commonly used measures to assess people's nutritional status and are used in nutrition monitoring and management programs. The anthropometric measurements that are taken in humans are as follows:

- Weight
- Size
- The mid-upper arm circumference (MUAC)

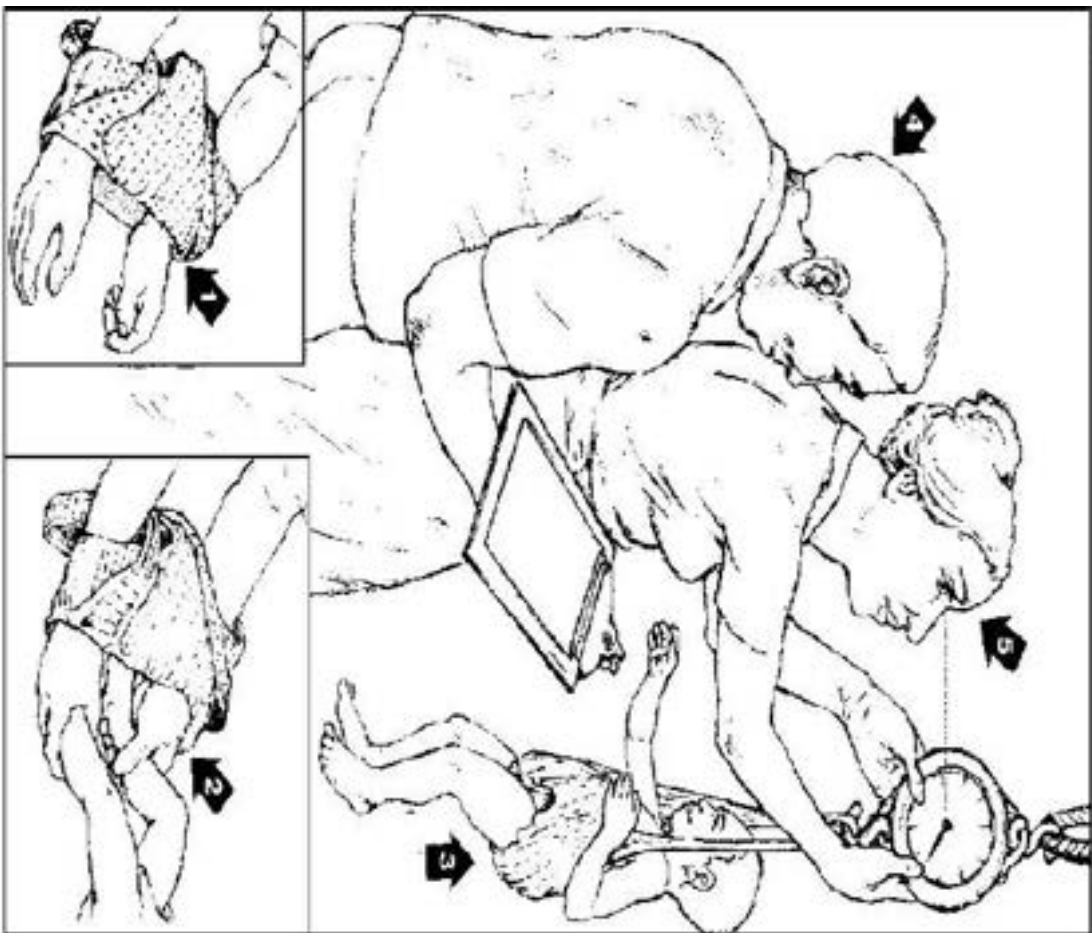
Also, the presence of bilateral oedema is assessed for the screening of severe acute malnutrition (Kwashiorkor).

THE WEIGHT WITH THE 25 KG SALTER SCALE (Figure 1)

- The scales are hung on a branch, a tripod, a stick held by two people or a doorframe;
- Hang the weighing panties on the hook of the scale and set the needle to zero
- Undress the child and put him in the panties (1 and 2)
- Hang the panties, with the child in them, on the hook of the scale and let them hang freely (3)
- The weight reading is taken when the needle has stabilized (5)
- The frame of the scale should be at eye level to avoid mistakes
- The weight reading is carried out to the nearest 100 grams. For example: 12.1 Kg or 15.7 Kg
- Make sure that the scale needle is on zero before taking a new measurement;
- Every morning, check the reliability of the scale using a known weight.

Figure 1

LE POIDS



WEIGHT WITH THE ELECTRONIC SCALE (Figure 1b)

- Place the scale flat on the floor;
- Prepare the scale by pressing the START button (1)
- Once 0.0 is displayed (2), ask the mother or parent to step on the scale and stand upright (3). Its weight is displayed
- Press the 2 IN 1 button (4). The weight will show 0.0 again (5)
- While on the scale, the mother or parent receives the child undressed (6) Every morning, check the reliability of the scale using a known weight.

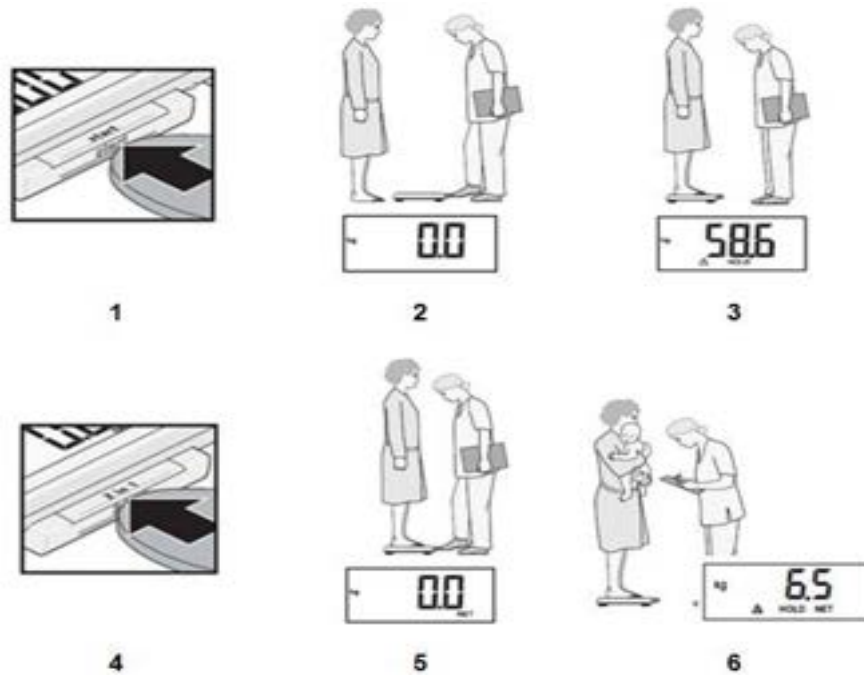


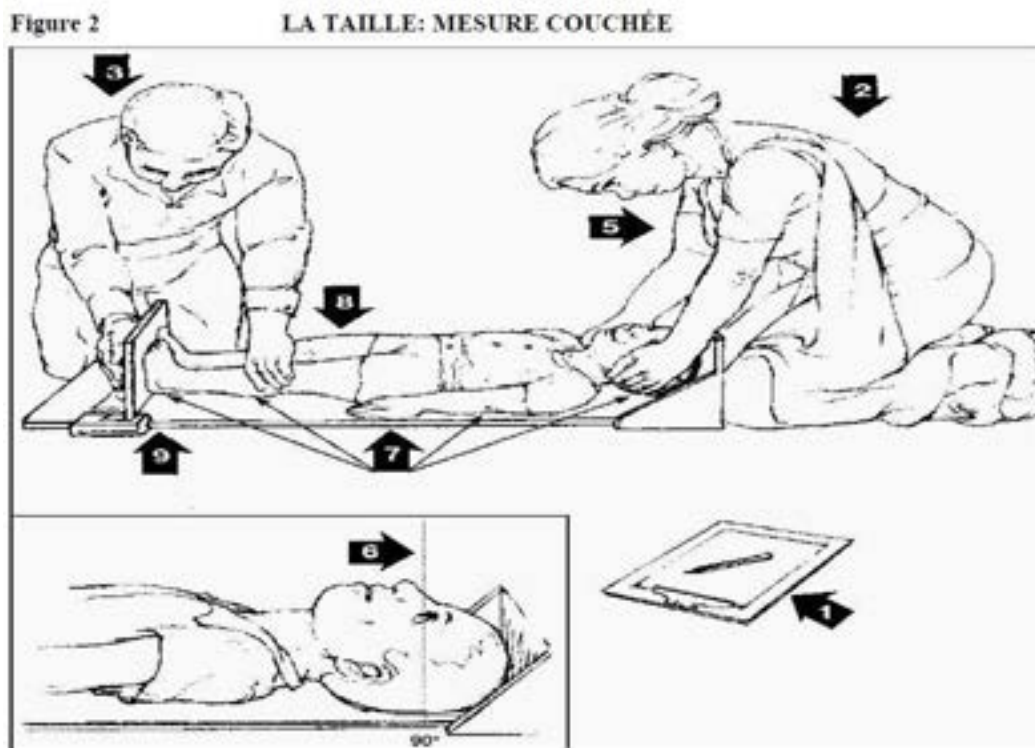
Figure 1b

THE SIZE

- Children under 87 cm or under 2 years of age → lying down
- Children over 87 cm or over 2 years of age → standing measure
- In both cases, the height is always measured at two people

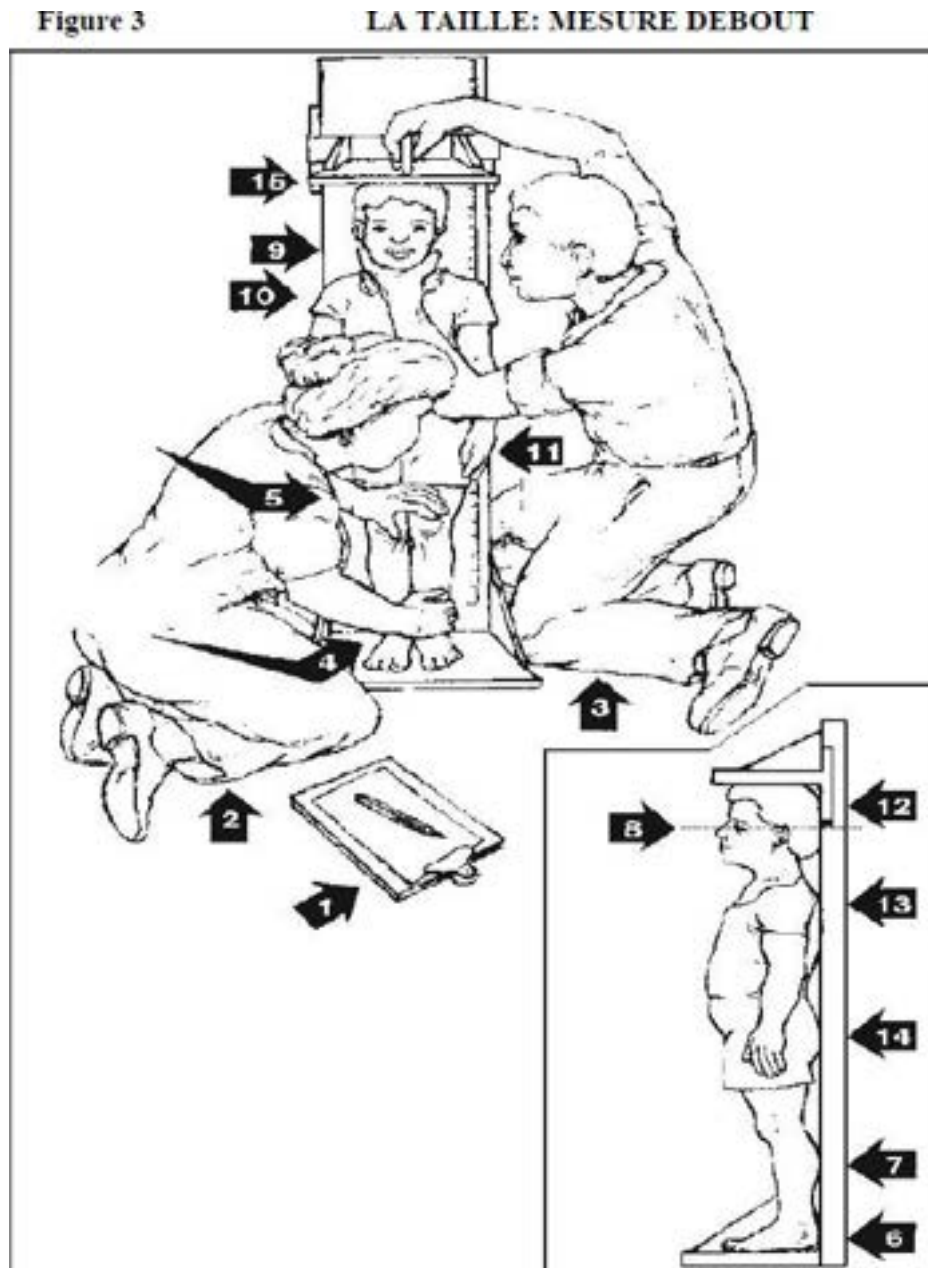
♦ Lying Measurement (Figure 3)

- Place the measuring rod flat on the ground (9)
- Lay the child in the middle of the pillow with his feet on the side of the slider (9)
- A person holds the child's head in his hands at ear level against the fixed part of the measuring rod (2)
- The child must look straight ahead (6)
- The other person places their hands above the child's ankles or on the lap (8)
- Keeping the legs flat, he places the cursor against the underside of the child's feet, making sure that they are not detached (3)



♦ **Standing Measurement** (Figure 4)

- Install the height chart on a flat surface;
- Place the child's feet (without shoes) flat on the base of the height chart and pressed against the posterior plane (6)
- The child's head, shoulders and buttocks should touch the height chart (12, 13, 14)
- One person holds the child's ankles and knees (4, 5), while the other holds the head and positions the cursor (15)
- The head should be straight, with the child looking straight ahead (8)



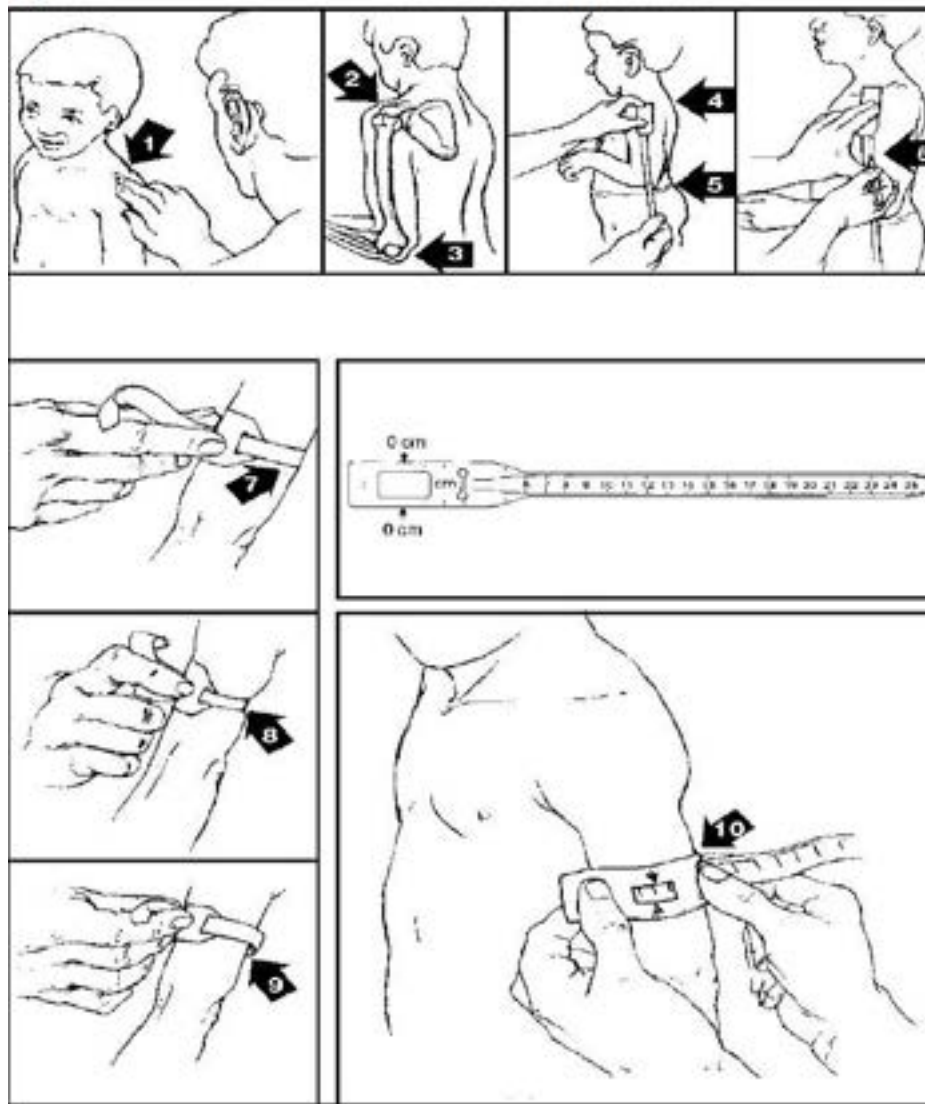
N.B. In general, the standing height is about 0.7 cm lower than the lying height. Also, for a child under 2 years of age measured standing, added 0.7 cm; and for a child over 2 years old measured lying down, removed 0.7 cm.

The upper arm circumference (Figure 4)

- Ask the mother to remove the clothes that cover the child's left arm;
- The PB is the measurement of the middle of the arm circumference and is measured using a special tape measure
- The PB is measured on the left arm halfway between the shoulder and the elbow (2, 3)
- The arm should hang relaxed (10)
- The measurement is carried out in the window of the meter, by squeezing the meter moderately (7-9)
- The measurement is recorded with an accuracy of 1 millimeter (0.1 cm).
- CP is not used in children under 65 cm.

Figure 4

LE PÉRIMÈTRE BRACHIAL



NUTRITIONAL ODEEMA

- Oedema is assessed on the top of both feet;
- Exert gentle pressure, with the help of the thumbs, on both feet, counting 121, 122, 123;
- There is oedema if there is a hollow in the child's skin when the thumb is removed;
- It is always necessary to make sure that there is oedema on both feet;
- Only register an individual as having edema if it is bilateral.
- Oedema is coded by the + system
 - + Edema on the 2 feet
 - ++ Edema on the 2 feet and 2 legs
 - +++ Edema on the 2 feet, 2 legs and 2 hands or the face

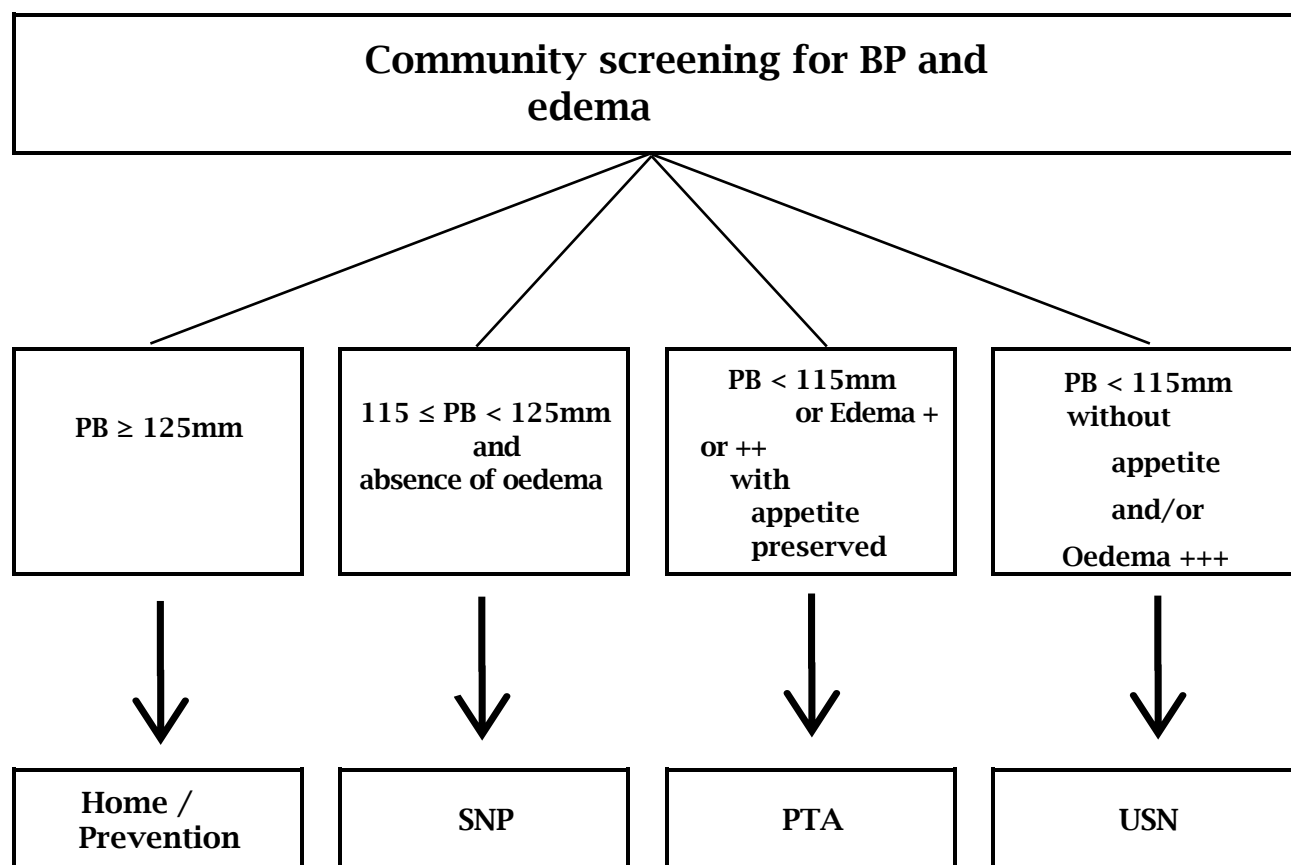
Figure 5. Nutritional edema



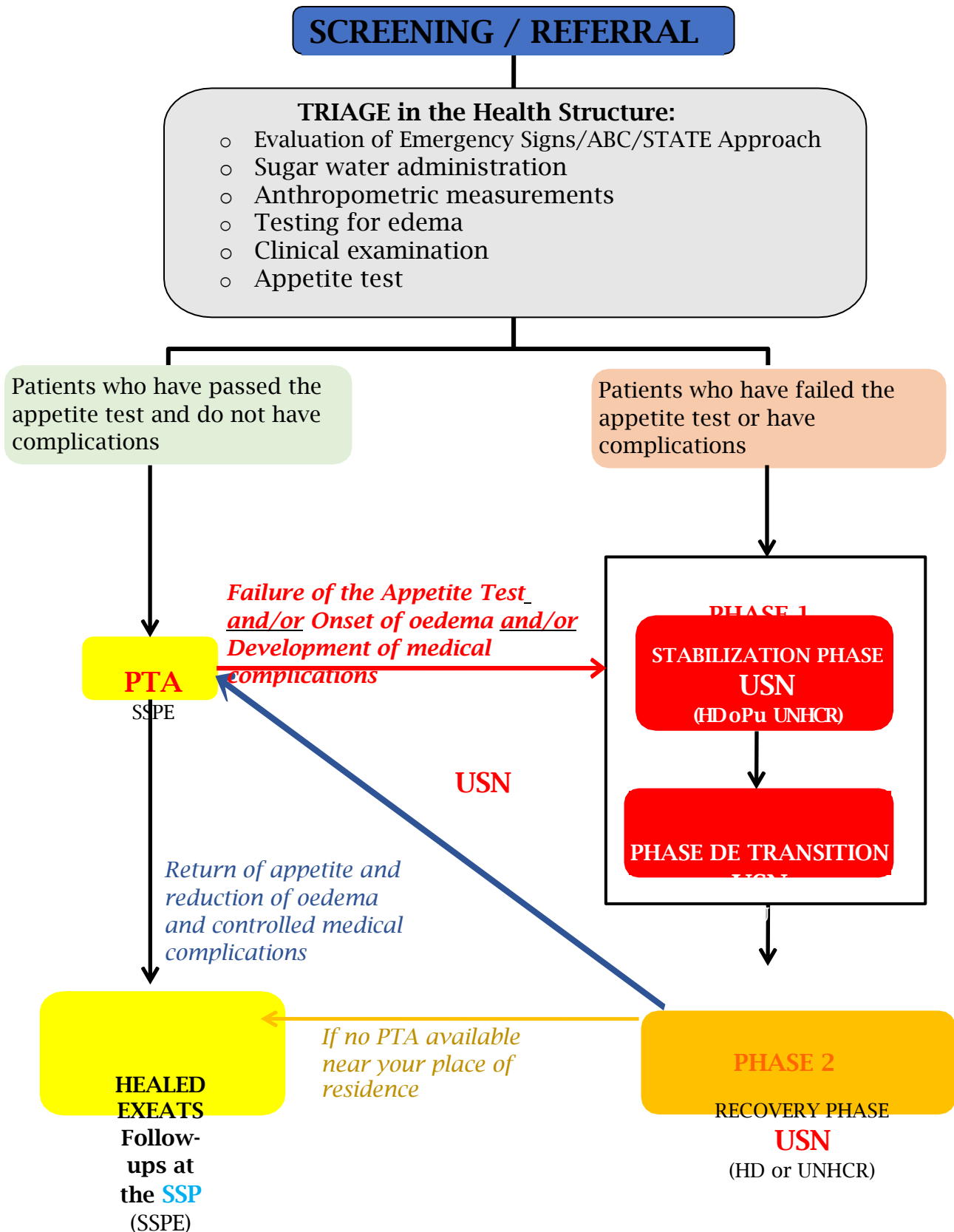
Anthropometric measurement	Hardware	To observe
WEIGHT	▪ 25 kg scale hung (let hang freely) ▪ Panties ▪ Electronic Scale	▪ Undressing the child ▪ Installed in the in the panties of the scale and let hang freely ▪ The reading is carried out at eye level, when the needle has stabilized ▪ Every morning, check the reliability of the scale using a known weight
WAIST	▪ Fathom	▪ Age < 2 years (Height < 87 cm) lying down ▪ Age > 2 years (Height ≥ 87 cm) standing ▪ Always install the measuring rod on a flat surface
BRACHIAL PERIMETER	▪ Tape measure	▪ Still on the left arm between the shoulder and the elbow ▪ The arm should hang down relaxed ▪ The tape should not be too loose or too tight
ODEDEMA	▪ Hands	▪ Applying pressure to the feet with your thumbs for three seconds (pronounce 121, 122, 123) ▪ If a thumbprint remains after the thumbs have been removed, then the child has oedema

APPENDIX 7: Algorithm for screening for global acute malnutrition

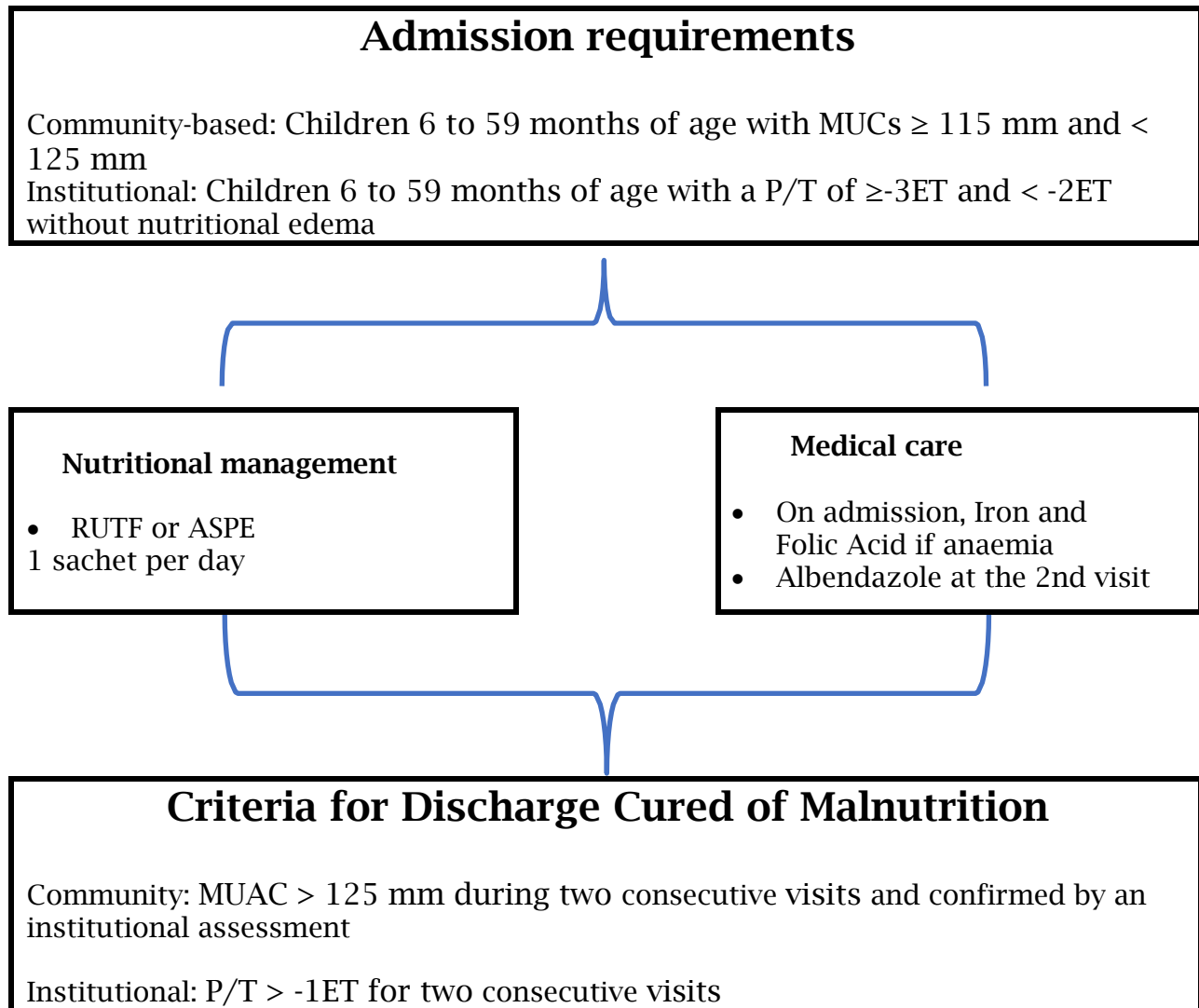
a) Community testing



b) Screening at the level of health institutions



APPENDIX 8: SSP Data Sheet



ANNEX 9: SNP Scorecard



Republic of Haiti

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND POPULATION
NATIONAL FOOD AND NUTRITION PROGRAMME COORDINATION UNIT

INFORMATION ON ADMISSION TO PNS

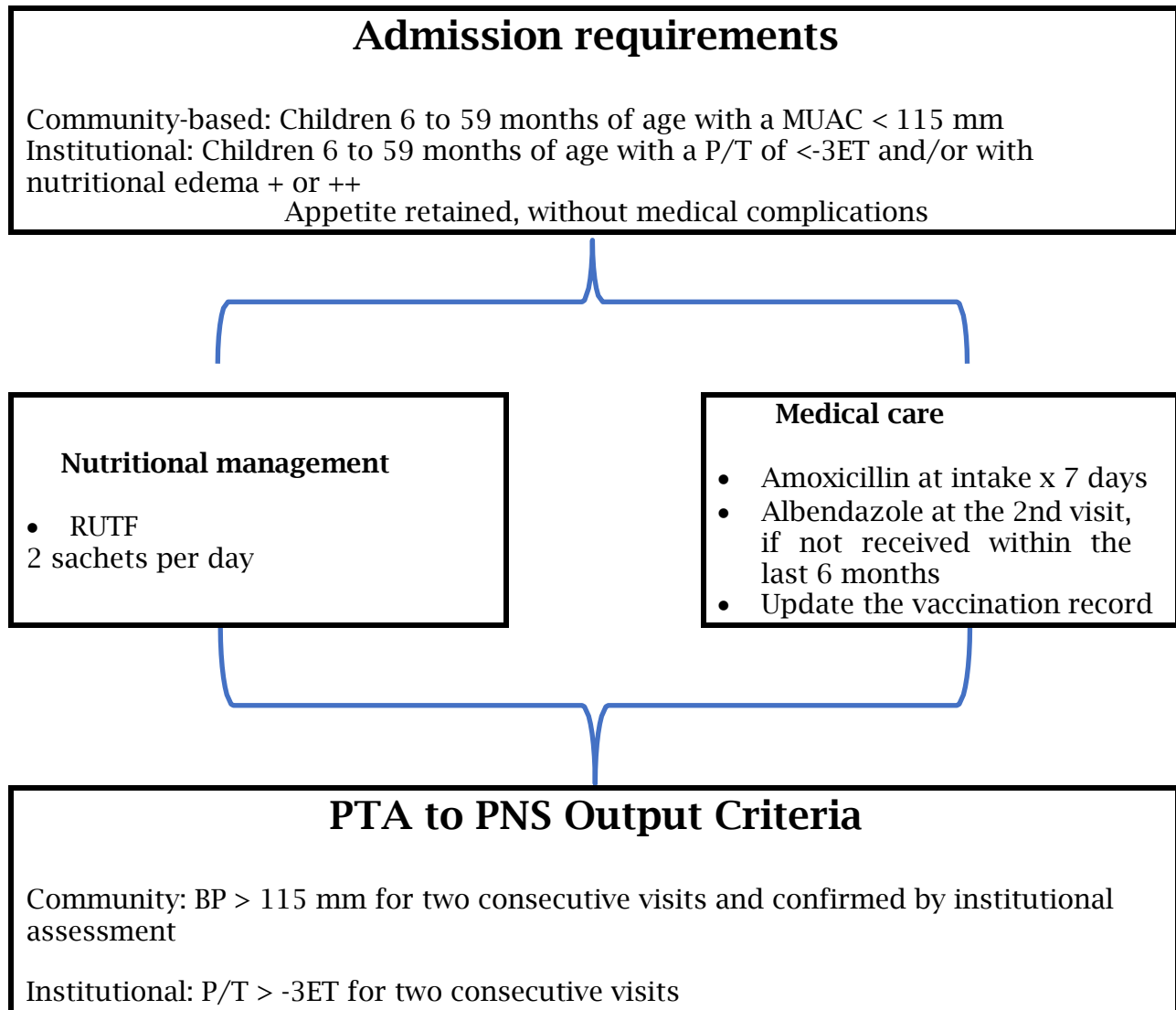
Name and surname of the beneficiary					No Reg.				
Name father / mother					Health Center				
Address Age (months) Admission method	Quarter				Commune				
		Sex	M	F	Date of admission				
	Direct from the community		Exit cured of PTA		Relapse	Readmission after withdrawal	Pregnant or breastfeeding woman		
Intake anthropometry									
Weight (kg)		Waist (cm)		PT in ET		PB (mm)			
Admission Criteria	PT < -2 ET et ≥ -3 ET		PB < 125 and ≥ 115 mm						
Clinical history and clinical examination on admission									
Cough	Yes	No	FR	6-12 months	<50	>50	12-59 months	<40	>40
	Thoracic pulling or thrusting				Yes		No		
Diarrhea (> 3 watery stools)	Yes	No							
Vomiting	Yes	No							
Does he urinate?	Yes	No							
Thirsty	Yes	No							
Extremities	Normal	Cold							
State of consciousness	Normal	Agitated	Irritable	Passive					
Ear problems	Normal	Dry	Pain	Flow					
Oral problem	Normal	Lily of the valley	Inflammation						
Skin problems	Normal	Scabies	Ulcers	Abscess	Peeling				
Existence of lymph nodes	Normal	Scabies	Ulcers	Abscess	Peeling				
Other issues (to be specified):									
Rapid Malaria Test on Admission (+) (-)					HIV test results (if known)				
Albendazole	Routine medical protocol (note date and dose)								
					on the 2nd visit				
					to the exeat				
					Vac. Measles				
					EPI Schedule				

Other treatments								
medicine		date	dose		Medicine		date	dose

PNS TRACKING SHEET

Child's Name					No Reg.			
Visit	ADM	2	3	4	5	6	7	8
Date								
Anthropometry and monitoring								
Weight (kg)								
Weight loss (Yes/No) (*)								
Size (cm)								
PT in ET								
PB (mm)								
Edema (+) (++) (+++)								
Administration of micronutrient powder								
(*) If no weight gain during two consecutive visits = medical consultation								
(**) If edema = transfer to PTA or USN								
RESULT**								
(**) A= absent D = "default" or abandonment (2 consecutive absences) T = reference to USN X = death G = cured VAD = home visit RT = refusal transfer NR = non-respondent								
The treatments prescribed must be noted on the front of the form								
Community Worker assigned								

APPENDIX 10: PTA Data Sheet



ANNEX 11: PTA Scorecard



Republic of Haiti

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND POPULATION

NATIONAL FOOD AND NUTRITION PROGRAMME COORDINATION UNIT

INFORMATION ON ADMISSION TO PTA

Name and surname of the beneficiary Name father / mother					No Reg.			
					Fitness Center Health			
Address Age (months)	Quarter				Commune			
		Sex	M	F	Date of admission			
Admission method	Direct from the community		USN Transfer	PNS Reference	Readmission after withdrawal		Relapse	

Intake anthropometry							
Weight (kg)		Size (cm)		PT to SD (or BMI)			
Oedema (0), (+) or (++)		Admission Criteria		<i>Edema</i>	<i>PT<-3ET (BMI<16)</i>	<i>PB<115mm</i>	

Clinical history and clinical examination on admission

Cough	Yes	No	FR	6-12 months	<50	>50	12-59 months	<40	>40
				Thoracic pulling or thrusting		Yes		No	
Diarrhea (> 3 watery stools)	Yes	No							
Vomiting	Yes	No							
Does he urinate?	Yes	No							
Thirsty	Yes	No							
Extremities	Normal	Cold							
State of consciousness	Normal	Restless	Irritable	Passive					
Ear problems	Normal	Dry	Pain	Flow					
Oral problem	Normal	Lily of the valley	Inflammation						
Skin problems	Normal	Scabies	Ulcers	Abscess	Peeling				
Existence of lymph nodes	Normal	Axillary	Neck	Inguinal fold					

Other issues (to be specified) :		HIV test results (if known)	
Rapid Malaria Test on Admission (+) (-)			

Routine medical protocol (note date and dose)								
Sugar Water Amoxyciline Anti-malaria	at admission				Albendazole Vac. Measles Vitamin A	on the 2nd visit		
	at admission							
						to the exeat		
Other treatments								
medicine		date	dose		medicine		date	dose

PTA TRACKING SHEET

Child's Name							No Reg.										
Week	ADM	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Date																	
Anthropometry																	
Weight (kg)																	
Weight loss (Yes/No) (*)																	
Size (cm)																	
PT in ET																	
PB (mm)																	
Edema (+) (++) (+++)																	
(*) See criteria for strengthening support with home visits and reference criteria in USN																	
History																	
Diarrhea (8 days)																	
Vomiting (8 days)																	
Fever (8 days)																	
Cough (8 days)																	
Clinical examination																	
Temperature (°C)																	
Respiratory rate Number / Min																	
Dehydration (Yes/No)																	
Anemia (Yes/No)																	
Skin infections (Yes / No)																	
How the child eats At home Good / Medium / Bad																	
Appetite Test Good/Average/Refusal																	
Other prescribed medications (Yes / No) (note treatment on reverse)																	
RUTF (No. of Units Given)																	
Examiner's Name																	
RESULT**																	
(**) A= absent D = "default" or abandonment (2 consecutive absences) T = referral to USN X = death G = cured VAD = home visit RT = refusal transfer NR = non-respondent																	
Other actions carried out (specify date)																	

Assigned Community Officer

APPENDIX 12: Weight-Height Reference Map (WHO Growth Standard)

Weight-height reference card (less than 87 cm – LYING SIZE)

Boys' weight (kg)					Size (prone)		Girls' Weight (kg)			
-4 AND	-3 AND	-2 AND	-1 AND	Median	cm	Median	-1 AND	-2 AND	-3 AND	-4 AND
1,7	1,9	2,0	2,2	2,4	45	2,5	2,3	2,1	1,9	1,7
1,8	2,0	2,2	2,4	2,6	46	2,6	2,4	2,2	2,0	1,9
2,0	2,1	2,3	2,5	2,8	47	2,8	2,6	2,4	2,2	2,0
2,1	2,3	2,5	2,7	2,9	48	3,0	2,7	2,5	2,3	2,1
2,2	2,4	2,6	2,9	3,1	49	3,2	2,9	2,6	2,4	2,2
2,4	2,6	2,8	3,0	3,3	50	3,4	3,1	2,8	2,6	2,4
2,5	2,7	3,0	3,2	3,5	51	3,6	3,3	3,0	2,8	2,5
2,7	2,9	3,2	3,5	3,8	52	3,8	3,5	3,2	2,9	2,7
2,9	3,1	3,4	3,7	4,0	53	4,0	3,7	3,4	3,1	2,8
3,1	3,3	3,6	3,9	4,3	54	4,3	3,9	3,6	3,3	3,0
3,3	3,6	3,8	4,2	4,5	55	4,5	4,2	3,8	3,5	3,2
3,5	3,8	4,1	4,4	4,8	56	4,8	4,4	4,0	3,7	3,4
3,7	4,0	4,3	4,7	5,1	57	5,1	4,6	4,3	3,9	3,6
3,9	4,3	4,6	5,0	5,4	58	5,4	4,9	4,5	4,1	3,8
4,1	4,5	4,8	5,3	5,7	59	5,6	5,1	4,7	4,3	3,9
4,3	4,7	5,1	5,5	6,0	60	5,9	5,4	4,9	4,5	4,1
4,5	4,9	5,3	5,8	6,3	61	6,1	5,6	5,1	4,7	4,3
4,7	5,1	5,6	6,0	6,5	62	6,4	5,8	5,3	4,9	4,5
4,9	5,3	5,8	6,2	6,8	63	6,6	6,0	5,5	5,1	4,7
5,1	5,5	6,0	6,5	7,0	64	6,9	6,3	5,7	5,3	4,8
5,3	5,7	6,2	6,7	7,3	65	7,1	6,5	5,9	5,5	5,0
5,5	5,9	6,4	6,9	7,5	66	7,3	6,7	6,1	5,6	5,1
5,6	6,1	6,6	7,1	7,7	67	7,5	6,9	6,3	5,8	5,3
5,8	6,3	6,8	7,3	8,0	68	7,7	7,1	6,5	6,0	5,5
6,0	6,5	7,0	7,6	8,2	69	8,0	7,3	6,7	6,1	5,6
6,1	6,6	7,2	7,8	8,4	70	8,2	7,5	6,9	6,3	5,8
6,3	6,8	7,4	8,0	8,6	71	8,4	7,7	7,0	6,5	5,9
6,4	7,0	7,6	8,2	8,9	72	8,6	7,8	7,2	6,6	6,0
6,6	7,2	7,7	8,4	9,1	73	8,8	8,0	7,4	6,8	6,2
6,7	7,3	7,9	8,6	9,3	74	9,0	8,2	7,5	6,9	6,3
6,9	7,5	8,1	8,8	9,5	75	9,1	8,4	7,7	7,1	6,5
7,0	7,6	8,3	8,9	9,7	76	9,3	8,5	7,8	7,2	6,6
7,2	7,8	8,4	9,1	9,9	77	9,5	8,7	8,0	7,4	6,7
7,3	7,9	8,6	9,3	10,1	78	9,7	8,9	8,2	7,5	6,9
7,4	8,1	8,7	9,5	10,3	79	9,9	9,1	8,3	7,7	7,0
7,6	8,2	8,9	9,6	10,4	80	10,1	9,2	8,5	7,8	7,1
7,7	8,4	9,1	9,8	10,6	81	10,3	9,4	8,7	8,0	7,3
7,9	8,5	9,2	10,0	10,8	82	10,5	9,6	8,8	8,1	7,5
8,0	8,7	9,4	10,2	11,0	83	10,7	9,8	9,0	8,3	7,6
8,2	8,9	9,6	10,4	11,3	84	11,0	10,1	9,2	8,5	7,8
8,4	9,1	9,8	10,6	11,5	85	11,2	10,3	9,4	8,7	8,0
8,6	9,3	10,0	10,8	11,7	86	11,5	10,5	9,7	8,9	8,1

Weight-height reference card (87 cm and above – STANDING HEIGHT)

Boys' weight (kg)					Size (standing)		Girls' Weight (kg)			
-4 AND	-3 AND	-2 AND	-1 AND	Median	cm	Median	-1 AND	-2 AND	-3 AND	-4 AND
8,9	9,6	10,4	11,2	12,2	87	11.9	10,9	10,0	9,2	8,4
9,1	9,8	10,6	11,5	12,4	88	12,1	11,1	10,2	9,4	8,6
9,3	10,0	10,8	11,7	12,6	89	12,4	11,4	10,4	9,6	8,8
9,4	10,2	11,0	11,9	12,9	90	12,6	11,6	10,6	9,8	9,0
9,6	10,4	11,2	12,1	13,1	91	12,9	11,8	10,9	10,1	9,1
9,8	10,6	11,4	12,3	13,4	92	13,1	12,0	11,1	10,2	9,3
9,9	10,8	11,6	12,6	13,6	93	13,4	12,3	11,3	10,4	9,5
10,1	11,0	11,8	12,8	13,8	94	13,6	12,5	11,5	10,6	9,7
10,3	11,1	12,0	13,0	14,1	95	13,9	12,7	11,7	10,8	9,8
10,4	11,3	12,2	13,2	14,3	96	14,1	12,9	11,9	10,9	10,0
10,6	11,5	12,4	13,4	14,6	97	14,4	13,2	12,1	11,1	10,2
10,8	11,7	12,6	13,7	14,8	98	14,7	13,4	12,3	11,3	10,4
11,0	11,9	12,9	13,9	15,1	99	14,9	13,7	12,5	11,5	10,5
11,2	12,1	13,1	14,2	15,4	100	15,2	13,9	12,8	11,7	10,7
11,3	12,3	13,3	14,4	15,6	101	15,5	14,2	13,0	12,0	10,9
11,5	12,5	13,6	14,7	15,9	102	15,8	14,5	13,3	12,2	11,1
11,7	12,8	13,8	14,9	16,2	103	16,1	14,7	13,5	12,4	11,3
11,9	13,0	14,0	15,2	16,5	104	16,4	15,0	13,8	12,6	11,5
12,1	13,2	14,3	15,5	16,8	105	16,8	15,3	14,0	12,9	11,8
12,3	13,4	14,5	15,8	17,2	106	17,1	15,6	14,3	13,1	12,0
12,5	13,7	14,8	16,1	17,5	107	17,5	15,9	14,6	13,4	12,2
12,7	13,9	15,1	16,4	17,8	108	17,8	16,3	14,9	13,7	12,4
12,9	14,1	15,3	16,7	18,2	109	18,2	16,6	15,2	13,9	12,7
13,2	14,4	15,6	17,0	18,5	110	18,6	17,0	15,5	14,2	12,9
13,4	14,6	15,9	17,3	18,9	111	19,0	17,3	15,8	14,5	13,2
13,6	14,9	16,2	17,6	19,2	112	19,4	17,7	16,2	14,8	13,5
13,8	15,2	16,5	18,0	19,6	113	19,8	18,0	16,5	15,1	13,7
14,1	15,4	16,8	18,3	20,0	114	20,2	18,4	16,8	15,4	14,0
14,3	15,7	17,1	18,6	20,4	115	20,7	18,8	17,2	15,7	14,3
14,6	16,0	17,4	19,0	20,8	116	21,1	19,2	17,5	16,0	14,5
14,8	16,2	17,7	19,3	21,2	117	21,5	19,6	17,8	16,3	14,8
15,0	16,5	18,0	19,7	21,6	118	22,0	19,9	18,2	16,6	15,1
15,3	16,8	18,3	20,0	22,0	119	22,4	20,3	18,5	16,9	15,4
15,5	17,1	18,6	20,4	22,4	120	22,8	20,7	18,9	17,3	15,6

APPENDIX 13: Appetite Test

APPETITE TEST "Moderate" is the minimum amount a malnourished patient must take to pass the appetite test				
Body weight (kg)	ATPE - Dough in a bag			
	Proportion of a whole sachet of 92g			Tablespoons*
	Mediocre	Moderate	Good	Good
Less than 4	$< 1/8$	$1/8 - 1/4$	$> 1/4$	$1/3$ to $2/3$
4 - 6.9	$< 1/4$	$1/4 - 1/3$	$> 1/3$	$2/3$ to 1
7 - 9.9	$< 1/3$	$1/3 - 1/2$	$> 1/2$	1 to $1 \frac{1}{2}$
10 - 14.9	$< 1/2$	$1/2 - 3/4$	$> 3/4$	$1 \frac{1}{2}$ to $2 \frac{1}{3}$
15 - 29	$< 3/4$	$3/4 - 1$	> 1	$2 \frac{1}{3}$ to 3
More than 30 kg	< 1	> 1		> 3
*One tablespoon = 30g RUTF				

APPENDIX 14: RUTF-based treatment

	MAM	RANCH
RUTF	1 sachet per day	2 sachets per day
Duration of coverage	90 days	
Criteria for exeat	PTZ> -2 ET + PB > 125 mm Cured child	PTZ> -3 ET + PB >115 mm Child transferred to PNS

ANNEX 15: Institutional IYCF Evaluation Sheet

OBSERVING A FEEDING

Mother's Name: _____

Date: _____

Child's name: _____

Age of the child (in months): _____

[Bracketed descriptions apply only to the newborn, not to the older child]

Signs that breastfeeding is going well

Signs of possible difficulties

GOOD BODY POSITION

- | | |
|--|---|
| ☐ The mother is relaxed and comfortable | ☐ With her shoulders outstretched, the mother bends over the child |
| ☐ The child's body is against the mother, facing the breast | ☐ Body of the child away from the mother |
| ☐ The child's head and body are in the same axis | ☐ The child must turn his head |
| ☐ The child's chin touches the breast | ☐ The child's chin does not touch the breast |
| ☐ [Child's buttocks are supported] | ☐ [Only the shoulders and head are supported] |

REACTIONS OF MOTHER AND BABY

- | | |
|--|--|
| ☐ The child tries to reach the breast when he is hungry | ☐ No reaction at the breast |
| ☐ [The child seeks the breast - burrowing reflex] | ☐ [No burrowing reflex] |
| ☐ The child explores the breast with the tongue | ☐ The child is not interested in the breast |
| ☐ The child is calm and awake at the breast | ☐ The child is agitated and crying |
| ☐ The child remains at the breast | ☐ The child lets go of the breast |
| ☐ Signs of milk ejection (dripping, trenching) | ☐ No signs of ejection |

EMOTION IN THE RELATIONSHIP

- | | |
|---|--|
| ☐ Assured support of the child | ☐ Nervous or loose support of the child |
| ☐ Attention of the mother looking at the child | ☐ No mother/child eye contact |
| ☐ The mother touches the child a lot | ☐ The mother doesn't touch the child much |
| | ☐ The baby is shaken or groped |

ANATOMY OF THE BREAST

- | | |
|--|---|
| ☐ Breasts are supple after feeding | ☐ Breasts are engorged |
| ☐ The nipples are erect and stretchy | ☐ The nipples are flattened or retracted |
| ☐ Skin appears to be in good condition | ☐ The skin is cracked or red |
| ☐ The breast appears rounded during feeding | ☐ The skin on the breasts feels tight or stretched |

KNOW HOW TO SUCKLE

- | | |
|---|---|
| ☐ The mouth is wide open | ☐ The mouth is not wide open, the lips are forward |
| ☐ The lower lip is everted | ☐ The lower lip is tucked in (inwards) |
| ☐ The tongue curves into a gutter around the breast | ☐ You can't see the child's language |
| ☐ The cheeks are round | ☐ The cheeks are tense or tucked in |
| ☐ We see more areola above the child's mouth | ☐ We see more areola below the child's mouth |
| ☐ The child sucks slowly and deeply with pause times | ☐ There are only quick sucking movements |
| ☐ We hear or see the child swallow | ☐ Clicking or rattling noises |

TIME SPENT BREASTFEEDING

- | | |
|--|---|
| ☐ The child lets go of the breast | ☐ The mother removes the child from the breast |
| The child suckled for _____ Minutes | |

Notes:

Characteristics of complementary feeding

FADHEQ

- **Frequency**
- **Active or reactive power supply**
- **Diversity** (different foods)
- **Hygiene**
- **Thickness** (texture/consistency)
- **Quantity**

Age	Frequency (per day)	Average amount of food consumed by a child in each serving* (in addition to milk (Kindergarten))	Thickness (texture/consistency)	Diversity
6 - 8 month	2 - 3 times Food	2 3 tablespoons "For a snack" Can eat up to 1/2 cup (250 mL)	Heavy Porridge Crushed/Pureed Family Food	Breastfeeding + Staple foods (porridge, other local examples)
9 - 11 month	4 times Food & Snacks	Up to 1/2 cup/bowl (250 mL)	Finely chopped family food Bite-sized/hand-eaten food Sliced food / cut into pieces	Legumes (local examples) Vegetables / Fruits (local examples) Meat, poultry, fish (local examples)
12 - 23 month	5 times Food & Snacks	3/4 - 1 cup/bowl (250 mL)	Family Foods Sliced Foods	
Note: if the baby is not breastfed	Add 1 to 2 times Food and snacks			Add 1-2 cups of milk per day
* Adapt the chart to use an appropriate local cup/bowl to indicate the quantity. The quantity assumes an energy density of 0.8 to 1 kcal/g * Use iodized salt to prepare family food				

ANNEX 16: Community IYCF Evaluation Sheet

EVALUATION OF A FEED

1. What do you notice about the mother?
2. How does the mother hold her child?
3. What do you notice about the infant?
4. How does the infant react?
5. How does the mother place her child at the breast?
6. How does the mother support the breast during feeding?
7. Does the infant seem to latch on well?
8. Is the infant sucking effectively?
9. How does the feeding end?
10. Does the infant seem satisfied?
11. What is the condition of the mother's breasts?
12. How does the mother feel about breastfeeding?

APPENDIX 17: Haitian Food Pyramid



MSPP
Ministère de la Santé Publique et de la Population
Unité de Coordination du Programme National
d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu)



USAID | HAITI
DU PEUPLE AMÉRICAIN

Pyramide Alimentaire Haïtienne



Hygiène et activités physiques



Mangez bien et bougez!

APPENDIX 18: PCMAG Reference Sheets



Republic of Haiti

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND POPULATION

NATIONAL FOOD AND NUTRITION PROGRAMME COORDINATION UNIT

Reference Sheet - PCMAG

FROM	Name of the centre	PTA	USN	SNP
TO	Name of the centre	PTA	USN	SNP
DATE OF REFERENCE				
NAME OF CHILD				
NAME OF THE ACCOMPANYING PERSON				
DATE OF ADMISSION				
AGE		SEX		Reg No.:

ANTHROPOMETRY ON THE DAY OF THE REFERENCE:

WEIGHT	
SIZE	
P/T	
PB	
EDEMA	

TREATMENTS ADMINISTERED PRIOR TO REFERRAL:

Name and signature of the person referring the beneficiary:



Republic of Haiti

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND POPULATION

NATIONAL FOOD AND NUTRITION PROGRAMME COORDINATION UNIT

Counter-Reference Sheet - PCMAG

FROM	Name of the centre	PTA	USN	SNP
TO	Name of the centre	PTA	USN	SNP
DATE OF REFERENCE				
NAME OF CHILD				
NAME OF THE ACCOMPANYING PERSON				
DATE OF ADMISSION				
AGE		SEX		Reg No.:

ANTHROPOMETRY ON THE DAY OF THE REFERENCE:

WEIGHT	
SIZE	
P/T	
PB	
EDEMA	

TREATMENTS ADMINISTERED PRIOR TO REFERRAL:

Name and signature of the person referring the beneficiary:

APPENDIX 19: USN Data Sheet

Admission requirements

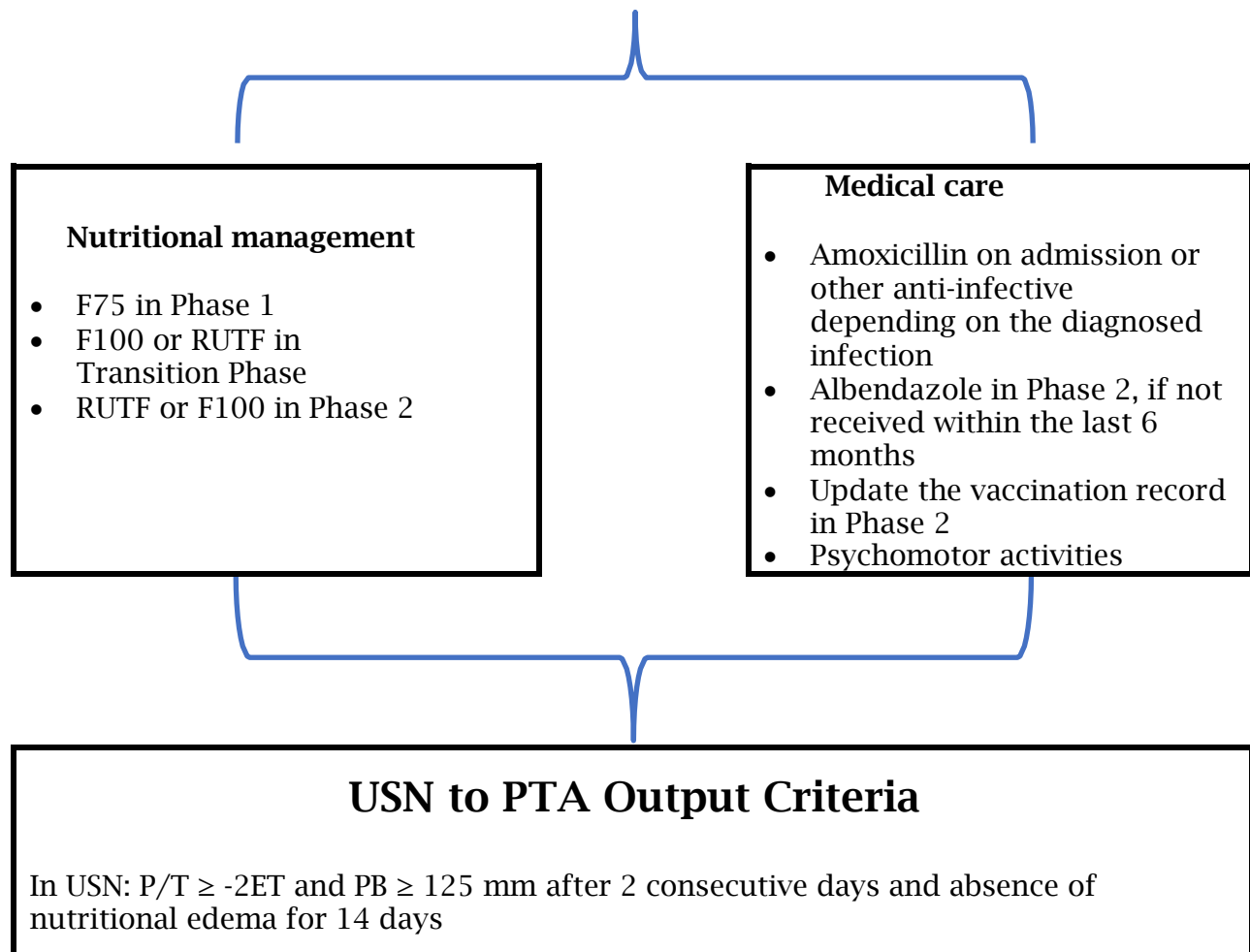
In institutions:

Children 6 to 59 months of age

- With nutritional oedema +++ or
- Whose P/T is $< -3ET$ or the PB < 11.5 mm or with nutritional oedema + or ++ associated with poor appetite and/or medical complications or
- Kwashiorkor and/or Marasmus

Infant less than 6 months of age

- Whose P/T is $< -3ET$ or
- With nutritional edema or
- With recent weight loss or
- With a prolonged absence of weight gain or
- With serious breastfeeding difficulties despite the advice given to the mother



No Record ☐

Registration No.				Major problems			
Child's surname and surname(s)				1			
Address/Source				2			
Parents' names				3			
Reference							
		Release date				Transfer	
Date of				Cure		No Reply	
Admission Criteria		Cause of Exit		Abandon		Death	

[illegible]

		Date	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Nutritional treatment	F75/F100/F100														
	diluted phase														
	Number of meals/day														
	ml/meal														
	ATPF														
	quantity/day														
	Porridge (B) Dish														
	F														
	Hour:	1													
	A=absent	2													
	V=vomit	3													
	R=refuse	4													
NG=probe	5														
Quantity grip	6														
		100%													
		3/4													
7															
Clinical signs	UC: Corneal ulcer // B: Bitot's spots // PI: Pus-inflammation														
	Date	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
	Septic shock (0 to +++)														
	Dermatosis (0 to +++)														
	Anemia (0 to +++)														
	Dehydration (0 to +++)														
	Ocular Signs UC // B // PI														
	Stool (III)														
	Vomiting (III)														
	Cough (0 to +++)														
Monitoring	Respiratory frequency AM														
	Temp (Ax/Rec) PM														
	Temp (Ax/Rec)														
	Specify the name, dose and method of administration (Oral-PO, Intramuscular-IM or IV Intravenous) for each drug														
	Date	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Systematic treatment	Vitamin A														
	Folic Acid														
	H														
	Antibiotic 1														
	Antibiotic 2														
Specific Treatment	Measles Vaccine														
	Deworming														
	Iron														
	H														
	Antibiotic 3														
	ReSoMal ml														
	IV Infusion														
Lab test result	NG Catheter														
	Hb/He Thick Drop Blood Sugar														
	TB Test														
	HIV Test														

APPENDIX 21: Comparison of the Clinical Signs of Dehydration and Septic Shock in the Severely Malnourished Patient

Clinical signs	Moderate dehydration	Severe dehydration	Beginner septic shock	Advanced Septic Shock
Watery diarrhea	Yes	Yes	Yes or No ^{to}	Yes or No ^{to}
Thirst	Drinks greedily ^b	Hardly drinks	No ^{to}	No ^{to}
Hypothermia	No	No	Yes ^{to} or No	Yes ^{to} or No
Sunken eyes	Yes ^{b,c}	Yes ^{b,c}	No ^{to}	No ^{to}
Weak or absent radial pulse	No ^b	Yes	Yes	Yes
Cold extremities	No ^b	Yes / can be present	Yes	Yes
Urine emission	Yes	No	Yes	No
Mental state	Agitated, irritable ^b	Lethargic, comatose	Apathetic ^b	Lethargic
Hypoglycaemia	Sometimes	Sometimes	Sometimes	Sometimes

^aThese signs may be helpful in diagnosing septic shock.

^bThese signs may be helpful in diagnosing dehydration

^cIf the mother confirms the recent appearance of this sign

APPENDIX 22: How to insert a nasogastric tube

Insertion of the nasogastric tube

- 1) Perform hand hygiene by washing with soap and water or hydro-alcoholic gel;
- 2) Prepare the equipment nearby: Protective gown, sterile gloves, face shield, lubricant, Levin's tube, 60 ml syringe with catheter tip, lubricant, vomiting tub, stethoscope, tape;
- 3) Check the skin condition of the nostrils, cheeks and the cleanliness of the nose;
- 4) Wearing gloves and performing a nose treatment;
- 5) Measure the length of the catheter by placing the probe from the tip of the nose to the earlobe, then from the ear to the height of the xiphoid appendage without touching the child and memorize the marker;
- 6) Place a towel or blue drape on the patient's chest to keep it clean;
- 7) Place the child in a semi-seated position or with their head turned to the side;
- 8) Lubricate only the distal end of the catheter;
- 9) Insert the catheter through the nostril, with the child's head slightly bent forward to facilitate its passage;
- 10) When the catheter appears to have reached the pharyngeal junction (approximately the nose-to-ear distance), ask the child to swallow or suck;
- 11) When the marker is reached, check the correct location of the tube by injecting air with the syringe while auscultating the abdomen with the stethoscope, looking for gastric noises (gurgling);
- 12) It is also possible to aspirate with the syringe. The appearance of gastric fluid proves the correct positioning of the tube;
- 13) Attach the tube to the patient's nose using a piece of tape that is cut vertically along half of its length and attach the broad half to the patient's nose. Then wrap the ends of the tape in opposite directions around the tube;
- 14) Clamp the tube and connect the enteral feeding or plug it with the plug;
- 15) Resettle the child;
- 16) Eliminate waste.



APPENDIX 23: Important! Acts not to be performed!

⊗ Do not administer diuretics for edema.

The edema is partly due to potassium and magnesium deficiencies, which can be corrected in about two weeks. The edema will disappear with a proper diet, with the addition of a solution of minerals including potassium and magnesium. Giving a diuretic would aggravate the child's electrolyte imbalance and could cause death.

⊗ Do not administer iron during the initial phase 1 and transition phase.

Add iron only after the child has been fed F-100 for two days (most often in the second phase). As discussed above, giving iron at the beginning of treatment can have toxic effects and reduce the body's ability to resist infections.

⊗ Do not administer protein-fortified formulas (more than 1.5 g of protein per kg of body weight per day).

Any excess protein in the first days of treatment can be dangerous, as the severely malnourished child is unable to cope with the additional metabolic effort that this entails. Too much protein can overload the liver, heart, and kidneys and cause death.

⊗ Do not routinely administer infusion fluids. In severely malnourished children, infusion fluids can easily lead to fluid overload and cause heart failure. Give infusion fluids only to children with signs of septic shock.

Care should be taken to ensure that hospital emergency room staff are aware of these important NOT to perform procedures, as well as those that are necessary.

APPENDIX 24: Psychomotor Stimulation Toys

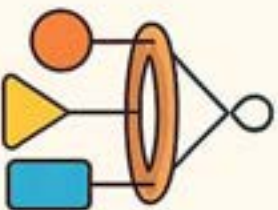
• Favor simple, non-noisy, non-electronic toys, to avoid sensory overload. • To promote interaction with the adult or a peer, which is essential to strengthen emotional ties and social development. • Safe materials that are easy to clean (especially in the context of immune vulnerability).	
0 to 6 months	Homemade sound rattle • Materials : Small plastic bottle, seeds or dry rice, closed with strong glue. • Objective : Auditory stimulation. Suspended mobile • Materials : Threads, colored fabrics, caps, cardboard. • Objective : Visual tracking, attention. Sensory mat • Materials : Old fabrics of different textures sewn together. • Objective : Tactile exploration.
7 to 12 month	Shape box • Materials : Empty box (carton or plastic), different shape holes, matching objects. • Objective : Hand-eye coordination, shape discrimination. Fabric ball • Materials : Upholstered cloths, hand-sewn. • Objective : Throwing, catching, gross motor skills. Stacking pyramid • Materials : Empty yoghurt pots or plastic cups. • Objective : Coordination, logic.
13 to 24 month	Animal to pull • Materials : Cardboard, wheel caps, twine. • Objective : Walking, coordination. Maracas or tambourine • Materials : Bottles with rice, metal boxes with stretched cloth. • Objective : Rhythm, auditory attention. Sensory book • Materials : Rigid cardboard, fabrics, glued images. • Objective : Language, recognition.
25 to 36 month	Building Blocks • Materials : Cardboard or smooth wood (without nails or sharp corners). • Objective : Fine motor skills, creativity. Homemade modelling clay • Ingredients : Flour, salt, water, oil, natural dyes. • Objective : Manipulation, expression. Sock puppets • Materials : Old socks, buttons, fabric. • Objective : Symbolic play, imagination.
Tips	• Gradually introduce and adapt the game according to the child's energy level • Always supervise the child during play and encourage interaction with adults. • Accompany the game with soft songs, reassuring gestures, encouragement. • Observe the child's reactions to adjust the difficulty. • Clean toys regularly. Remember: Play is a care in itself.

JOUETS FAITS MAISON

0-6 mois



Hochets à partir
de bouteilles vides



Mobile suspendu
en carton et tissus dorés



Tapis sensoriel

6-12 mois



Boite à formes



Petites balles en tissu

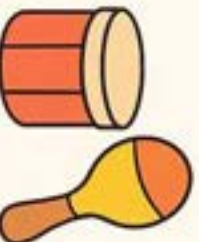


Empileurs en
carton ou plastique

12-24 mois



Animaux à tirer



Tambours ou maracas



Livres sensoriels
faits main

2-3 ans



Blocs de construction
en bois ou carton



Pâte à modeler
maison



Marionnettes
en chaussettes

APPENDIX 25: Composition of Mineral and Vitamin Solutions

**Composition Vitamin and mineral powder (15 micronutrients) VANYAN BABY
(Vitamin ak Minewo pou timoun an sante)**

Vitamins	Amount per 1.0 grams
Water soluble:	
Thiamine	0.5 mg
Vitamin B2	0.5 mg
Vitamin B6	0.5 mg
Vitamin B12	0.9 µg
Niacin	6.0 mg
Folic acid	150 µg
Vitamin C	30 mg
Soluble:	
Vitamin A	400 µg
Vitamin D3	5 µg
Vitamin e	5mg

Minerals	Amount per 1.0 grams
Iron	10 mg
Zinc	4.1 mg
Copper	0.56 mg
Selenium (a)	70 µg
Iodine (a)	90 µg

Composition of the mineral solution

Ingredients	Quantity
Potassium chloride	89.5 g
Potassium citrate	32.4 g
Magnesium chloride (MgCl ₂ ·6H ₂ O)	30.5g
Zinc acetate	3.3 g
Copper sulphate	0.56 g
Sodium selenate (a)	10mg
Potassium iodide (a)	5mg
Water	1000 ml

Source: Training Guide for the Management of Severe Malnutrition, WHO 2004

(a) If very small amounts cannot be weighed accurately, this substance can be removed.

The above solution can be stored at room temperature. It is added to ReSoMal or liquid feed at a concentration of 20 ml/litre. **Composition of the vitamin complex**

Vitamins	Quantity per litre of liquid feed
Water soluble:	
Thiamine (vitamin B1)	0.7mg
Riboflavin (vitamin B2)	2.0mg
Nicotinic acid	10mg
Pyridoxine (vitamin B6)	0.7mg
Cyanocobalamin (vitamin B12)	1mg
Folic acid	0.35mg
Ascorbic acid (vitamin C)	100mg
Pantothenic acid (vitamin B5)	3mg
Biotin	0.1mg
Soluble:	
Retinol (vitamin A)	1.5mg
Calciferol (vitamin D)	30mg
a-Tocopherol (Vitamin E)	22mg
Vitamin k	40mg

Source: Training Guide for the Management of Severe Malnutrition, WHO 2004

APPENDIX 26: Preparation of RESOMAL Oral Rehydration Solution

If using a commercial ReSoMal solution, follow the directions on the package.
If ReSoMal solution is prepared from normal ORS and mineral solution, proceed as follows:

Components for the preparation of the ReSoMal recipe

Ingredients	Quantity for 2 liters
Packet of classic rehydration salt diluted in a litre of water*	1
Sugar	50 g
CMV	6.5 g
Water	Adjust to 2 liters 1000 ml

Preparation of ReSoMal

1. Wash your hands
2. Empty a standard ORS packet into a container that can hold more than 2 litres of solution
3. Add the sugar
4. Measure CMV (or 40 mL of mineral solutions*)
5. Add 2 litres of warm water previously boiled
6. Mix until dissolved
7. Use within 24 hours

*If commercial CMV is not used, prepare ReSoMal solution from a mineral solution as described below. It is added to ReSoMal at a concentration of 20 ml/litre. This solution can be stored at room temperature.

Composition of the mineral solution

Ingredients	Quantity
Potassium chloride	89.5 g
Potassium citrate	32.4 g
Magnesium chloride (MgCl ₂ ·6H ₂ O)	30.5g
Zinc acetate	3.3 g
Copper sulphate	0.56 g
Sodium selenate (a)	10mg
Potassium iodide (a)	5mg
Water	1000 ml

a If very small amounts cannot be weighed accurately, this substance may be deleted.

ANNEX 27 : Plug technique from preparation some therapeutic milks F75/F100

Table 1 F-75 and F-100 revenues

If you have cereal flour and baking equipment, use one of these first three F-75 recipes:			
Alternatives	Ingredients	Quantities for F-75	
If milk is available in skimmed powder	Skimmed milk powder Sugar Cereal flour Vegetable oil Mineral Solution* Water to make 1000 ml	25 g 70 g 35 g 30 g 20 ml 1000 ml**	
If milk is available in whole powder	Whole milk powder Sugar Cereal flour Vegetable oil Mineral Solution* Water to make 1000 ml	35 g 70 g 35 g 20 g 20 ml 1000 ml**	
If fresh cow's milk or milk is available, shelf-stable whole	Fresh cow's milk, or Long whole milk Preservation Sugar Cereal flour Vegetable oil Mineral Solution* Water to make 1000 ml	300 ml 70 g 35 g 20 g 20 ml 1000 ml**	
If cereal flour or cooking equipment is not available, use one of the following F-75 recipes:			No cooking for the F-100 preparation
Alternatives	Ingredients	Quantities for F-75	Quantities for F-100
If skimmed milk powder is available	Skimmed milk powder Sugar Vegetable Oil Mineral Solution* Water to make 1000 ml	25 g 100 g 30 g 20 ml 1000 ml**	80 g 50 g 60 g 20 ml 1000 ml**
If whole milk powder is available	Full-fat milk powder Sugar Vegetable Oil Mineral Solution* Water to make 1000 ml	35 g 100 g 20 g 20 ml 1000 ml**	110 g 50 g 30 g 20 ml 1000 ml**
If fresh cow's milk or whole to long milk is available	Fresh cow's milk, or milk long integer	300 ml 100 g 20 g	880 ml 75 g 20 g

conservation	Preservation Sugar Vegetable Oil Mineral Solution* Water to make 1000 ml	20 ml 1000 ml**	20 ml 1000 ml**
--------------	--	--------------------	--------------------

*The composition of the mineral solution is given in Appendix X. A commercial Mineral-Vitamin Combination Solution (CMV) can also be used in its place.

** Important note on the addition of water: Add only the amount of water sufficient to make 1000 ml of preparation (this amount varies from one recipe to another, depending on the other ingredients). It is not enough to add 1000 ml of water, which would excessively dilute the preparation. A 1000 ml mark should be made on the mixture preparation container, so that water can be added to the other ingredients until this mark is reached.

Table 2 Average Nutritional Value per 1 L of F-75

	For 1 liter
Energy	750 Kcalories
Protein	5% of total energy
Lipids	25 to 35% of total energy
N-6 fatty acid	4.5% of total energy
N-3 fatty acid	0.5% of total energy
Vitamin A	1.5 mg*
Vitamin d	30 µg*
Vitamin e	22 mg*
Vitamin k	40 µg*
Thiamine	0.7mg*
Vitamin B2	2 mg*
Vitamin C	100 mg*
Vitamin B6	0.7 mg*
Vitamin B12	1 µg*
Folic acid	350 µg*
Pantothenic acid	3 mg*
Biotin	0.1 mg*
Potassium	1200 mg*
Calcium	600 mg*
Magnesium	50 mg*
Iron	0.35 mg maximum
Zinc	20 mg*
Copper	3 mg*
Selenium	47µg*
Iodine	75 µg*
Sodium	170 mg maximum

*Minimum amount in the product, corresponding to the amounts of the vitamin and mineral supplement to be added to 1 litre of product (Briend, 1998)

Table 3 Average Nutritional Value of F-100 Therapeutic Milk (Briend 1998)

	For 1 liter
Energy	1000 Kcalories
Protein	10 to 12% of total energy
Lipids	45 to 60% of total energy
N-6 fatty acid	3 to 10% of total energy
N-3 fatty acid	0.3 to 0.5% of total energy
Vitamin A	1.5 mg*
Vitamin d	30 µg*
Vitamin e	22 mg*
Vitamin k	40 µg*
Thiamine	0.7mg*
Vitamin B2	2 mg*
Vitamin C	100 mg*
Vitamin B6	0.7 mg*
Vitamin B12	1 µg*
Folic acid	350 µg*
Pantothenic acid	3 mg*
Biotin	0.1 mg*
Potassium	1200 mg*
Calcium	600 mg*
Magnesium	50 mg*
Iron	0.35 mg maximum
Zinc	20 mg*
Copper	3 mg*
Selenium	47µg*
Iodine	75 µg*
Sodium	170 mg maximum

Preparation of small quantities of ReSoMal, F-75 and F-100 therapeutic milks

The following data are only valid with the NUTRISET pod found in the Therapeutic Milk cartons and in the CMV boxes. These pods are easily recognizable, they are red and marked NUTRISET on the handle.

Product to prepare	Product Quantity	Water quantity
ReSoMal	1 leveled pod of ReSoMal	140 ml
F-75 Therapeutic Milk	1 F-75 levelled pod	20 ml
F-100 Therapeutic Milk	1 F-100 leveled pod	18 ml

NB: These data are based on volumes, therefore on the density of the powders. They are only valid for ReSoMal as well as for NUTRISET F-75 and F-100 therapeutic milks

REGISTRE DE SUIVI DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Page 158

REGISTRE DE SUIVI DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Page : _____

Département : _____ Commune : _____ Institution : _____

Nom/Prénom de l'ASCP : _____ Poste de rassemblement : _____ Mois/Année : _____

		24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	
Nb		Administration de VL A (Jour/Mois)			Administration des pour- des de Monastirisme (Jour/Mois)		Administration d'Alendardie (Jour/Mois)		Date de Vaccination																S'écrit dans plus de une colonne voisine
		Site 1	Site 2	Site 3			Site 1	Site 2	BCS	Petitout 1	Petitout 2	Petitout 3	VPS 1	VPS 2	VPS 3	VPS Rappel	VP	Réaction 1	Réaction 2	Réaction Réaction 1	Réaction Réaction 2	Prévent 1	Prévent 2	Prévent 3	
1																									
2																									
3																									
4																									
		24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	

APPENDIX 29: Prenatal Registry

[illegible]

REGISTRE PRENATAL

Département : _____

Commune : _____

Institution : _____

Page _____

Mois/Année : _____

[illegible]

REGISTRE DE MATERNITÉ

Page 162

REGISTRE DE MATERNITÉ

Page _____

Département : _____ Commune : _____ Institution : _____ Année : _____

#	REFERENCE (voir notice au bas de la page)	Diagnostic à l'admission	PARTURISANT		ACCOUCHEMENT		DURÉE DE LA TRAVAIL		COMPLICATIONS		TYPE D'ACCUSANCE		SEXE	POIDS À LA NAISSANCE	PÉRIMÈTRE À LA NAISSANCE	LONGUEUR À LA NAISSANCE	PONDUS À LA NAISSANCE	ÉTAT À L'ADMISSION À LA MÈRE (DATE)	ÉTAT DE LA MÈRE (DATE)	ÉTAT DE L'ENFANT (DATE)	OBSERVATIONS
			CL	NON	DATE	HEURE	HEURE DÉBUT	HEURE FIN	CL	NON	CL	NON									
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					

REFERENCE	CODE
1	001
2	002
3	003
4	004
5	005
6	006
7	007
8	008
9	009
10	010
11	011
12	012
13	013
14	014
15	015

COMPLICATIONS	CL	NON
1. Hématome	01	02
2. Hématome	03	04
3. Hématome	05	06
4. Hématome	07	08
5. Hématome	09	10
6. Hématome	11	12
7. Hématome	13	14
8. Hématome	15	16
9. Hématome	17	18
10. Hématome	19	20
11. Hématome	21	22
12. Hématome	23	24
13. Hématome	25	26
14. Hématome	27	28
15. Hématome	29	30

ÉTAT À L'ADMISSION À LA MÈRE	CL	NON
1. Hématome	01	02
2. Hématome	03	04
3. Hématome	05	06
4. Hématome	07	08
5. Hématome	09	10
6. Hématome	11	12
7. Hématome	13	14
8. Hématome	15	16
9. Hématome	17	18
10. Hématome	19	20
11. Hématome	21	22
12. Hématome	23	24
13. Hématome	25	26
14. Hématome	27	28
15. Hématome	29	30

ÉTAT DE LA MÈRE	CL	NON
1. Hématome	01	02
2. Hématome	03	04
3. Hématome	05	06
4. Hématome	07	08
5. Hématome	09	10
6. Hématome	11	12
7. Hématome	13	14
8. Hématome	15	16
9. Hématome	17	18
10. Hématome	19	20
11. Hématome	21	22
12. Hématome	23	24
13. Hématome	25	26
14. Hématome	27	28
15. Hématome	29	30

ANNEX 31: Monthly Report of SNP Activities

COMMO	
N CENTRE	
COMMU	
NAL SECTION	
DEPARTMENT	

PARTENAIRE				
MOIS/ANNEE				
TYPE DE CENTRE			PNS	
Consommation	CSB	Huile	Sucre	Supplementary Plumpy

Total beneficiaries at the beginning of the month (A)	New Cases (B)				Acicns Cas (C)	TOTAL ADMISSION (D) B+C=D	Exeats (E)				Transfer (F)	TOTAL OUTPUT S (G) E+F=G	Total beneficiaries at the end of the month (H) A+D-G=H
	< 6 m (B1)	6-23 m (B2)	14-59 m (B2)	Other (adult, adolescent) (B3)	C1		Heale d (E1)	Death (E2)	Withdraw als (E3)	Non-Respon den t (E4)	(F1)		
SNP													
TOTAL													
SPHERE OBJECTIVES							%	%	%	%			
							> 75%	<10%	<15%				

*B : NOUVEAUX CAS= tout bénéficiaire qui arrive au PNS pour la première fois
Les rechutes son des nouveaux cas, mais indiquer le nombre dans la partie
commentaires*

B1 : $< 6 \text{ m}$ = selon les critères établis par le protocole national

B2 : 6-59 m = selon les critères établis par le protocole national

B3 : AUTRES = autres âges, selon critères établis dans le protocole national

C : ANCIENS CAS = références et contre références entre le PNS et le PTA, ou Retour d'Abandons
(bénéficiaires qui ont été enregistrés avant)

D : TOTAL ADMISSIONS = Nouveaux cas (B) + Anciens cas (C)

E1 : GUERI = sortant quéri selon critères établis par le protocole national

E2 : DECES = décédé pendant son séjour en PNS

E3 : ABANDON = absent pendant 2 visites consécutives

E4 : NON REpondant= n'atteint pas le critère de sortie quéri après 4 mois en PNS

F : TRANSFERT = Mouvements entre le PNS et le PTA

$$G: \text{TOTAL EXÉATS} = E1 + E2 + E3 + E4 + F$$
$$H : \text{TOTAL A LA FIN DU MOIS} = \text{Total au début du mois (A)} + \text{Total admissions (D)} + \text{Total sorties (G)}$$

COMMENTAIRES :

ANNEXE 32 : Rapport mensuel d'activités PTA/USN

CENTRE	
COMMUNE	
SECTION COMMUNALE	
DEPARTEMENT	

PARTENAIRE				
MOIS/ANNEE				
TYPE DE CENTRE	PTA		PNS	
Consommation	ATPE sachets	ATPE pots	F100	F75
				RESOMAL sachets

Total bénéficiaires au début du mois (A)	Nouveaux cas (B)				Anciens Cas (C) C1	TOTAL ADMISSION (D) B+C=D	Exéats (E)				Transfert (F) (F1)	TOTAL SORTIES (G) E+F=G	Total bénéficiaires à la fin du mois (H) A+D-G=H
	< 6 m (B1)	6-23 m (B2)	14-59 m (B2)	Autres (adulte, adolescent) (B3)			Guéris (E1)	Décès (E2)	Abandons (E3)	Non-Répondant (E4)			
OBJECTIFS SPHERE							%	%	%	%			
							> 75%	<10%	<15%				

*B : NOUVEAUX CAS= tout bénéficiaire qui arrive au PTA/USN pour la première fois
Les rechutes son des nouveaux cas, mais indiquer le nombre dans la partie commentaires*

B1 : < 6 m = selon les critères établis par le protocole national

B2 : 6-59 m = selon les critères établis par le protocole national

B3 : AUTRES = autres âges, selon critères établis dans le protocole national

*C : ANCIENS CAS = références et contre références entre le PTA et l'USN, ou Retour d'Abandons
(bénéficiaires qui ont été enregistrés avant)*

D : TOTAL ADMISSIONS = Nouveaux cas (B) + Anciens cas (C)

E1 : GUERI = sortant guéri selon critères établis par le protocole national

E2 : DECES = décédé pendant son séjour en PTA/USN

E3 : ABANDON = absent pendant 2 visites consécutives ou 3 jours en USN

E4 : NON REpondant= n'atteint pas le critère de sortie guéri après 4 mois en PTA ou 40 jours en USN

F : TRANSFERT = Mouvements entre le PTA et l'USN

G : TOTAL EXÉATS = E1 + E2 + E3 + E4 + F

H : TOTAL A LA FIN DU MOIS = Total au début du mois (A) + Total admissions (D) + Total sorties (G)

Parmi les nouveaux cas du mois			
Bénéficiaires testés VIH	Test (+)	Test (-)	Test refusé

COMMENTAIRES :

ANNEXE 33 : Rapport mensuel

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

7.3. CLIENTS' PER

[illegible]

ANNEXE 34 : Formulaire de supervision

Grille de supervision des activités nutritionnelles		
Nom du centre :	PNS / PTA / USN	Date :
Commune / Département :		
Nom du Superviseur :	Observation ¹⁷ 1 / 2 / 3 / 4	
ACCUEIL DANS LE CENTRE		
Le personnel du centre souhaite la bienvenue aux accompagnants et est courtois et aidant		
Le bénéficiaire est enregistré dans le registre du centre		
IDENTIFICATION DES PROBLÈMES LIÉS À L'ALLAITEMENT MATERNEL		
L'agent communautaire pose systématiquement les questions clés sur l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire lors de tout contact avec un enfant de moins de 2 ans dans sa zone de desserte		
L'évaluation des pratiques d'allaitement maternel/alimentation complémentaire est faite à tous les enfants de moins de 2 ans dans le centre		
Fait correctement l'évaluation simple à tout enfant de moins de 2 ans		
Fait correctement l'évaluation complète quand nécessaire		
L'orientation vers la prise en charge de problèmes liés aux pratiques d'allaitement maternel / alimentation complémentaire est correctement faite		
LE DÉPISTAGE DE LA MALNUTRITION AIGUË		
Le dépistage dans la communauté (par les ASCP)		
L'agent communautaire fait régulièrement du dépistage par PB et détection des œdèmes dans sa zone de desserte		
Les ASCP mesurent correctement le PB		
Les ASCP détectent correctement les œdèmes		
Les bénéficiaires sont référés au centre pour des services additionnels quand nécessaire		
La prise de mesures anthropométriques		
Le PB est mesuré chez tous les enfants entre 6 et 59 mois		
Le PB est mesuré correctement		
La balance est à la hauteur des yeux de la personne faisant la pesée		
La balance est tarée avec la culotte avant la pesée de chaque enfant		
Le poids est lu et noté sur la fiche correctement		
Les enfants de moins de 87cm sont mesurés couchés		
Les enfants de plus de 87cm sont mesurés debout		
La taille est lue et notée sur la fiche correctement		
Le calcul du P/T est fait correctement		
L'examen clinique		
Le grade d'œdème est correctement identifié		
L'histoire médicale est notée correctement		
L'examen clinique est fait correctement		

¹⁷1 = Correct / 2 = Fait mais nécessite corrections mineures / 3 = Pas fait ou fait incorrectement / 4 = Pas observé

Le test de l'appétit		
Le test de l'appétit (avec ATPE) est fait de façon systématique pour tous les enfants avec malnutrition aiguë sévère		
Le test est fait dans un endroit calme		
De l'eau à boire est disponible pendant le test		
Le résultat du test est correctement évalué et noté sur la fiche		
L'orientation vers la prise en charge de la malnutrition aiguë		
Les enfants avec des critères de malnutrition aiguë modérée sont pris en charge en PNS		
Les enfants avec des critères de malnutrition aiguë sévère sans complications sont pris en charge en PTA		
Les enfants avec des critères de malnutrition aiguë sévère avec complications ou sans appétit sont référés à l'hôpital (USN)		
Les enfants de moins de 6 mois (ou moins de 3,5kg) avec des critères de malnutrition aiguë sont référés à l'hôpital (USN)		
ADMISSION, SUIVI ET EXEAT EN PTA / PNS		
Un numéro d'enregistrement est assigné correctement		
Le numéro d'enregistrement est écrit sur toute la documentation (registre, fiche d'admission, fiche de suivi)		
Les critères d'admission sont respectés (vérifier toutes les fiches d'admission)		
La médication de routine (systématique) est donnée selon le protocole et enregistrée correctement sur la fiche de suivi		
Le résultat de la consultation est noté sur la fiche de suivi		
Les autres médicaments si nécessaires sont donnés selon les protocoles nationaux et enregistrés correctement		
En PTA : le test de l'appétit est fait à chaque visite		
En PTA : la quantité d'ATPE distribuée est évaluée correctement et enregistrée dans la fiche de suivi		
Éducation appropriée donnée à l'accompagnant lors des visites (messages-clés ATPE, nutrition, hygiène)		
Quand le besoin est identifié, les conseils en allaitement maternel et alimentation appropriés sont donnés		
Les enfants avec des critères de transfert en USN sont identifiés et référés		
Les enfants nécessitant un suivi plus proche sont visités à domicile (VAD)		
Le nombre d'absents et d'abandons est mentionné aux agents communautaires pour un suivi à domicile		
Les priorités de suivi à domicile sont discutées entre l'agent de santé et l'agent communautaire		
Les ASCP évaluent correctement les conditions de la famille et du foyer pendant les VAD		
Les ASCP visitent tous les absents à la première semaine (avant abandon)		
Les ASCP rapportent le résultat des VAD au centre de santé avant la prochaine visite de l'enfant		
Les bénéficiaires sont exéatés selon les critères indiqués dans le protocole		
Le cahier de registre complété lors de la sortie des enfants		
Les rapports mensuels d'activités sont correctement complétés à la fin de chaque mois		
Les tableaux aide-mémoire sont affichés aux murs du centre		
Le Protocole National de la PCMAG est disponible dans le centre		

SUIVI DES PROBLÈMES LIÉS À L'ALLAITEMENT MATERNEL OU L'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE ET POINT DE CONSEIL NUTRITIONNEL		
L'agent présente des changements de comportement qui sont petits et faisables afin d'obtenir un changement un petit pas à la fois		
L'agent a un comportement ouvert, rassurant et inspire confiance		
Le plan de décharge a été complété pour le conseil d'allaitement maternel/alimentation complémentaire		
ÉDUCATION ET PRÉVENTION		
Promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées		
Promotion auprès de l'accompagnant de la stimulation physique et émotionnelle de l'enfant par les jeux		
Pendant les visites à domicile les ASCP font de l'éducation sur la santé, la nutrition et l'hygiène		
MATÉRIEL ET LOGISTIQUE		
Le matériel anthropométrique est propre et tenu en bon état		
Les intrants PTA / PNS sont bien entreposés		
Les médicaments sont bien entreposés dans la pharmacie		
Les rapports d'intrants et les fiches de stock d'intrants sont correctement complétés		

ANNEXE 35 : MAM à Haut risque

A1. Prise en charge ambulatoire de la malnutrition aigüe modérée chez les enfants de 6 à 59 mois à haut risque (MAM/HR)

Une étude sur la prise en charge des MAM HR¹⁸ a rapporté que la fourniture d'ATPE et d'antibiotiques aux enfants MAM HR ont amélioré leur rétablissement à court terme et réduit les risques à court terme de détérioration. Cependant, les taux de récupération étaient encore sous-optimaux et les différences n'ont pas été maintenues 6 mois après l'inscription.

Une étude de méta-analyse¹⁹ sur la prise en charge MAM a reporté que la prise en charge efficace de 33 millions d'enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) est essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles. Dans cette revue, il a été question d'évaluer l'efficacité des aliments spécialement formulés (SFF) par rapport aux approches non alimentaires pour gérer la MAM chez les enfants de plus de 6 mois. Une recherche a été effectuée dans dix bases de données jusqu'au 23 août 2021 et a inclus cinq études, couvrant 3 387 participants. **Une méta-analyse de quatre études comparant les SFF aux conseils ou aux soins standards a montré que les SFF augmentent probablement le taux de récupération, réduisent la non-réponse et peuvent améliorer le z-score poids/taille, le z-score poids/âge et le temps d'obtention d'une réponse de récupération, mais ont peu ou pas d'effet sur le gain de PB/MUAC.**

Une étude sur une intervention à plusieurs composantes (SFF, antibiotiques et conseils fournis aux MAM à haut risque) par rapport au conseil seul a été rapportée de manière narrative. L'intervention peut augmenter la prise de poids après 24 semaines mais peut avoir peu ou pas d'effet sur la prise de poids après 12 semaines et sur la non-réponse et la mortalité après 12 et 24 semaines d'inscription. L'effet de cette intervention sur la récupération était incertain. En conclusion, les SFF peuvent être bénéfiques pour les enfants souffrant d'émaciation modérée dans des contextes humanitaires. Les recommandations programmatiques doivent tenir compte du contexte et de la rentabilité.

A.1.1. Définition et justification

Pourquoi ne serait-il pas possible pour un enfant atteint de MAM de se rétablir en consommant des régimes alimentaires locaux (fait maison) ? C'est parce que les enfants MAM à haut risque présentent des facteurs de risque individuels, infantiles ou sociaux qui les rendent plus susceptibles de ne pas se remettre d'une MAM ou qui les exposent à un risque accru de mortalité

Facteurs individuels de l'enfant :

- PB : 115-119mm
- Z score P/A <-3 SD
- Âge <24 mois
- Absence de récupération d'une perte de poids modérée après avoir reçu d'autres interventions (par exemple, des conseils seuls)

¹⁸ Natasha Lelijveld et al., 2021. *Treating high-risk moderate acute malnutrition using therapeutic food compared with nutrition counseling (Hi-MAM Study): a cluster-randomized controlled trial.* Am J Clin Nutr 2021;114: 955–964.

¹⁹ Zahra A. Padhani et al., 2023. *Systematic Review of Management of Moderate Wasting in Children over 6 Months of Age.* Nutrients 2023, 15, 3781. <https://doi.org/10.3390/nu15173781>

- Ayant rechuté vers une MAM Antécédents MAS
- Problèmes médicaux nécessitant un suivi à moyen ou long terme et ayant un lien significatif avec l'état nutritionnel (par exemple, cardiopathie congénitale, infirmité motrice cérébrale ou autre handicap, VIH, tuberculose, etc.)

Les facteurs sociaux :

- Circonstances personnelles graves, telles que le décès de la mère ou un mauvais état de santé et de bien-être de la mère
- Contexte à haut risque (avec une crise humanitaire récente ou en cours) dont souffre la majorité de la population :
- Des taux élevés d'insécurité alimentaire ; et/ou
- Une mauvaise qualité de l'eau et de l'assainissement (ou de mauvais indicateurs WASH) ; et/ou
- Le statut de faible revenu / faible statut socio-économique ; et/ou
- Une incidence/prévalence élevée d'émaciation et/ou d'œdème nutritionnel, qui pourrait être saisonnière

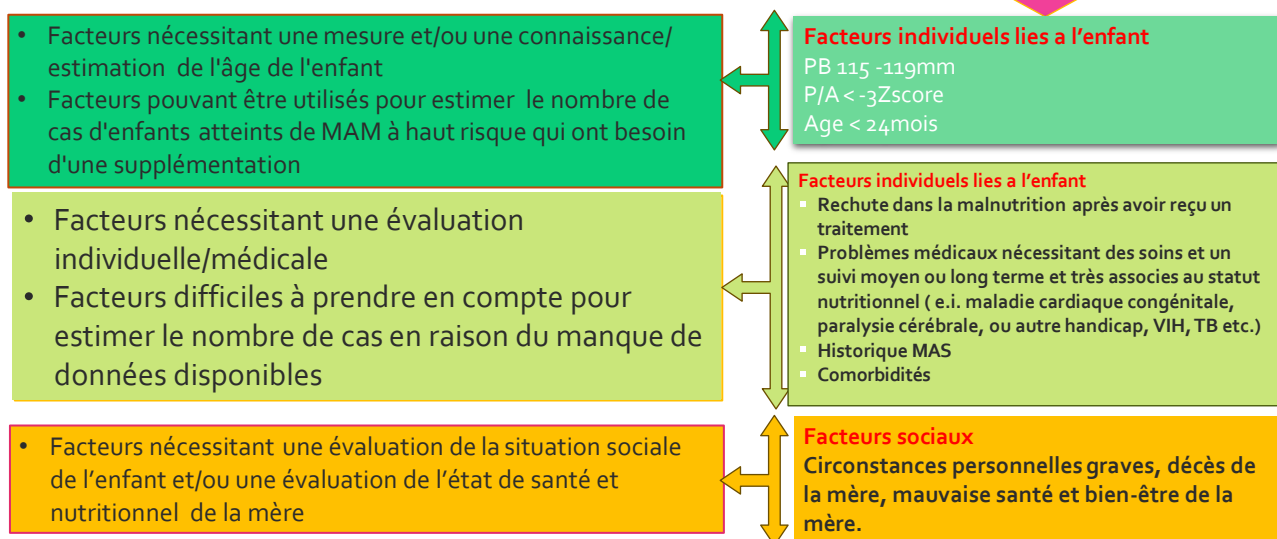
Dans les contextes à haut risque (en cas de crise humanitaire récente ou en cours), tous les nourrissons et les enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant d'émaciation modérée peuvent bénéficier d'aliments spécialement formulés (ASF), de conseils et de la fourniture d'aliments à domicile pour eux et leur famille.

A.1.2. Critères d'admission

Recommandations spécifiques pour Haïti

DANS LE CONTEXTE ACTUEL DU PAYS AVEC LA RECRUDESCENCE DE L'INSECURITE, UN SYSTEME DE SANTE TRES FRAGILISE PAR LA FUITE DU PERSONNEL QUALIFIE ET LA RUPTURE DES SERVICES DE SANTE ET DE NUTRITION, IL SERAIT IMPOSSIBLE D'APPLIQUER LES CRITERES DE SELECTION DES MAM HR. LE CONTEXTE ACTUEL D'HAITI RECOMMANDE LA PRISE EN CHARGE DE TOUS LES MAM AVEC DE L'ATPE. CEPENDANT, LA PRISE EN COMPTE DES MAM HR DANS LE PRESENT PROTOCOLE S'INSCRIT DANS LE LONG TERME OU SON APPLICATION REQUIERT DES CONDITIONS DE SECURITE, DE DISPONIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET DE NUTRITION DE QUALITE ET L'ACCESSIBILITE AUX REGIMES ALIMENTAIRES DE QUALITE PAR LES ENFANTS ET LES MENAGES.

- Enfants qui courent un risque plus élevé de ne pas guérir de la MAM
- Enfants présentant un risque accru de mortalité



Choix des critères d'identification des enfants atteints de MAM à haut risque :

- PB: 115-125mm **et/ou**;
- P/A<-3 ET **et/ou**;
- Age : 6-59 mois;
- **ET/OU tous les autres facteurs à considérer.**

Ceci nécessite une discussion et un consensus au niveau national

A ce sujet, les discussions ont eu lieu en groupe multisectoriel et multi acteurs. Et le CONSENSUS DEJA TROUVE SUR CE POINT. Les Pédiatres s'étaient prononcés sur ce sujet de discussions soulevées par le consultant.

Éléments spécifiques au contexte à prendre en compte

- Plateformes existantes utilisées pour la détection précoce et la supplémentation des enfants en MAM (structures/institutions de santé, niveau communautaire...)
- Disponibilité des équipements (bandes PB, balances) et du matériel
- Capacités des ressources humaines pour mener des évaluations
- Implication financière (en particulier pour le produit - de préférence ATPE ou ASPE)

Note : dans un contexte de crise/urgence, tous les enfants atteints de MAM doivent être pris en compte pour une prise en charge de leur état nutritionnel qui se détériore.

A.1.3. Traitement nutritionnelle avec des produits spécifiques (ATPE/ASPE)

Les enfants qui ne peuvent pas se rétablir grâce à un régime alimentaire familial riche en nutriments auront besoin d'un supplément à leur régime familial.

- Aucune preuve de l'utilisation d'aliments locaux - les essais n'ont été réalisés qu'avec des Aliments spécialement formulés (ASF)

Donc, s'il faut donner un ASF, il faudrait d'abord répondre aux questions suivantes :

- **Quels enfants avec MAM ont besoin d'un ASF ?**
- **Quel type de ASF devrions-nous offrir ?**
- **Quelle quantité faut-il donner et quelle proportion de l'alimentation normale doit-elle compléter ?**

Quels sont les enfants qui ont besoin d'un ASF ?

Il est important de noter que ce ne sont pas que les enfants MAM présentant les facteurs de risque qui sont les seuls à avoir besoin d'ASF, mais la présence des facteurs

de risque signifie qu'ils sont plus à risque de mourir ou de ne pas se rétablir, donc s'il faut donner des ASF aux MAM ils seront les prioritaires.

Ils présentent des facteurs de risque individuels, infantiles ou sociaux qui les rendent plus susceptibles de ne pas se remettre d'une MAM ou qui les exposent à un risque accru de mortalité

Pour les nourrissons et les enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant d'émaciation modérée et présentant l'un des facteurs suivants, il convient d'envisager de donner la priorité aux interventions portant sur des aliments spécialement formulés (ASF) et accompagnées de conseils, plutôt qu'aux conseils seuls.

Quel type d'aliment spécialement formulé ?

(Recommandation conditionnelle, preuve de faible certitude)

Chez les nourrissons et les enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une émaciation modérée et ayant besoin d'une supplémentation en ASF, les suppléments nutritionnels à base de lipides (LNS) sont le type de supplémentation à privilégier. Lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles, les ASF avec ajout de sucre, d'huile et/ou de lait, ou CSB fortifié (ASF) sont préférables aux ASF sans ajout de sucre, d'huile et/ou de lait.

Quelle quantité et quelle proportion ?

(Recommandation conditionnelle, preuve de faible certitude)

Chez les nourrissons et les enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant d'émaciation modérée, qui ont besoin d'aliments spécialement formulés (ASF), ces ASF doivent être administrés pour fournir 40 à 60 % des besoins énergétiques quotidiens totaux nécessaires à la récupération anthropométrique. Les besoins énergétiques quotidiens totaux nécessaires à la récupération anthropométrique sont estimés à environ 100-130 kcal/kg/jour

PEC MAM	J 50% soit 65Kcal/Kg/J			
	1 sachet = 92g / 500Kcal			
Classe Poids (Kg)	Poids median (kg)	Kcal/Kg/j	# Sachets/j	Arrondi # sachets/j
3.0 - 3.4	3.20	208.00	0.4	0.5
3.5 - 4.9	4.20	273.00	0.5	0.5
5.0 -6.9	5.95	386.75	0.8	1
7.0 - 9.9	8.45	549.25	1.1	1
10.0 - 14.9	12.45	809.25	1.6	2
15.0 - 19.9	17.45	1134.25	2.3	2
20.0 - 29.9	24.95	1621.75	3.2	3
30.0 - 39.9	34.95	2271.75	4.5	5
40.0 - 60.0	50.00	3250.00	6.5	7

Résumé des recommandations MAM

- Tous les enfants atteints de MAM ont besoin d'un aliment spécialement formulé (ASF) pour compléter leur alimentation.
- Tous les enfants atteints de MAM doivent faire l'objet d'un bilan de santé afin d'exclure tout problème médical qui pourrait être la cause ou le principal facteur de la MAM.
- Tous les enfants atteints de MAM doivent avoir accès à une alimentation familiale riche en nutriments pour répondre à leurs besoins énergétiques et nutritionnels.
- Certains enfants atteints de MAM présentent des facteurs de risque qui les rendent plus susceptibles de mourir ou de ne pas se rétablir, comparés aux enfants en bon état nutritionnel

- Ces facteurs de risque sont liés au fait qu'ils vivent dans un contexte à haut risque (comme les crises humanitaires) avec des facteurs individuels ou sociaux spécifiques défavorables.
- .
- Les ASF peuvent être des ATPE, des RUSF ou des mélanges améliorés d'aliments enrichis.
- Tous les enfants de 6 à 59 m atteints de MAM ont besoin de $\approx 100-130 \text{ kcal/kg/jour}$ pour se remettre de la MAM (enfants non dénutris $\approx 80 \text{ kcal/kg/j}$). 40 à 60 % de ces besoins doivent être couverts par un ASF (si un ASF est donné).

A.1.4. Traitement médical curatif

Le Fer + Acide folique sera administré seulement aux enfants anémiés pendant 3 mois et la vitamine A seulement en cas d'épidémie de rougeole, de signes oculaires chez l'enfant ou d'antécédent de rougeole dans les 3 mois précédant la visite selon les doses suivantes.

Tableau LII : Posologie du fer, acide folique et de la vitamine A chez les enfants de moins de 5ans

Donner du fer une dose par jour pendant 3 mois			Donner de la Vitamine A 1 dose à J1, J2 et J15	
POIDS (à default âge)	FER/FOLATE COMPRIMÉS 10 mg/kg/jour	FER EN SIROP Fer fumarate 100 mg par 5 ml (20 mg élément fer par ml)	ÂGE	VITAMINE A EN CAPSULE 200 000 UI
4 à < 6 kg (de 2 mois à 4 mois)		1.00 ml (< ¼ cuillère à café)	Jusqu'à 6 mois	¼ Capsule (2 gouttes)
6 à < 10 kg (de 4 mois à 12 mois)		1,25 ml (1/4 cuillère à café)	de 6 mois à 12 mois	½ Capsule (4 gouttes)
10 à < 14 kg (de 12 mois à 3 ans)	½ comprimé	2,00 ml (½ cuillère à café)	de 12 mois à 5 ans	1 Capsule (8 gouttes)
14 à < 19 kg (de 3 ans à 5 ans)	½ comprimé	2,5 ml (½ cuillère à café)		

A.1.5. Examen médical

L'état vaccinal de l'enfant est vérifié et mise à jour si besoin par l'agent de santé. En cas de problème de santé et complications médicales, l'enfant doit être vu par un agent de santé qualifié (référer au PTA ou à l'USN si complications). Au niveau de l'institution de santé, la vérification de l'état vaccinal ou d'autres complications médicales doit être faite sous la supervision d'un agent de santé qualifié.

A.1.6. Suivi de l'état nutritionnel

A.1.6.1 Mesure de l'évolution des paramètres anthropométriques

Le suivi de l'état nutritionnel se fera à chaque visite pour chaque enfant c'est-à-dire toutes les 2 semaines. La mesure de la taille des enfants sera prise à l'admission, puis chaque mois, le poids et le PB sont pris à chaque visite. L'indice P/T doit être noté

selon l'intervalle ≥ -3 et < -2 Z score, le PB ≥ 115 mm et < 125 mm dans les formations sanitaires. Au niveau communautaire le suivi doit se faire à l'aide du PB seulement.

A.1.6.2 Conseils en ANJE

Les conseils ANJE ont été clairement définis dans le volet prévention de ce présent protocole (*confer partie C. Prévention*).

A.1.7. Echec au traitement

En cas de poids stationnaire au bout de deux (2) suivis consécutifs ou de perte de poids, il est important de discuter avec la mère pour comprendre les raisons et adopter une conduite à tenir.

Causes possibles.

- Autres pathologies : paludisme, diarrhées, infections respiratoires aiguës, tuberculose, VIH/sida, etc. ;
- Une substitution d'un bénéficiaire pour un autre ;
- L'accompagnant essaie de garder son enfant le plus longtemps possible dans le programme du fait de l'avantage de la ration de supplémentation/problème de sécurité alimentaire ;
- Quantité et qualité nutritionnelle de la ration insuffisantes (quantité reçue inadéquate, partage de la ration à la maison, mauvaise préparation de la bouillie).

Les actions à entreprendre

Il faut avant tout rechercher les causes de ces échecs et essayer d'y pallier le mieux possible.

- Vérifier qu'il n'y ait pas de substitution d'enfant en prenant la taille, en impliquant les autorités de la communauté, et autres ASCPs qui ont une bonne connaissance de leur communauté ;
- Faire une visite à domicile pour vérifier les conditions d'hygiène, le partage de la ration à déconseiller, les conditions générales de la famille ;
- Référer au besoin.

NB : Il faut toujours faire une analyse de l'échec au traitement avant d'entreprendre des actions, et cette analyse doit être notée dans les fiches ou registres du centre.

A.1.8. Critères de sortie

Les critères de sortie précisent que le PTZ et le PB doivent tous les deux être normalisés (respectivement PB ≥ 125 mm et PTZ ≥ -2 ET).

Tableau XX : Valeurs de références pour les principaux indicateurs de performance PNS

PNS	Valeurs Acceptables	Valeurs d'alarme
Taux de guérison	$> 75\%$	$< 50\%$
Taux de mortalité	$< 3\%$	$> 10\%$
Taux d'abandons	$< 15\%$	$> 30\%$
Durée de Séjour	< 8 semaines	> 12 semaines
Taux non-répondant	$< 10\%$	$\geq 10\%$

Si le taux d'abandon ou de non-répondant dépasse les 15%, il est capital d'investiguer la cause de cette augmentation et de prendre les mesures nécessaires pour y remédier.

NB : En cas de rupture d'intrants, le dépistage devrait continuer, enregistrer les enfants dépistés et assurer leur suivi régulier. La prise en charge de ces cas doit être assurée par le traitement médical, les conseils ANJE et les démonstrations culinaires.