

REGISTRE DE CONSULTATION EXTERNE

OUTPATIENT REGISTER

DELEGATION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE DE / REGIONAL DELEGATION OF PUBLIC HEALTH OF :

DISTRICT DE SANTE DE / HEALTH DISTRICT OF :

AIRE DE SANTE DE / HEALTH AREA OF :

NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
NAME OF HEALTH UNIT:

Catégorie / Type :

CSI/IHC

CMA/MAC

Autre/Other

CD/DC

CM/MO

CSMS/HCC

Statut / Status :

Public/Public

Para-public / Para-public

Privé laïc / Lay private

Privé confessionnel / Confessional private

CSI: Centre de santé intégré
IHC: Integrated health center

CMA: Centre médical d'arrondissement
MAC: Medical health center

CD: Cabinet dentaire
DC: Dental Clinic

CM: Cabinet médical
MO: Medical office

CSMS: Cabinet de soins médico-sanitaires
HCC: Health care clinic

Période d'utilisation : Date de début _____
Period of use : Opening date _____
Date de fin _____
Closing Date _____



INSTRUCTIONS ON MAINTENANCE AND EXPLOITATION OF REGISTERS

1. General presentation

The proposed designed register enables, even in a non-computerized environment, fast and clear reading of statistical information needed, as it is the case in most health facilities at the peripheral level of the health system in Cameroon.

The main advantage lies in the fact that the researcher, manager, and / or the supervisor are exempt from exhausting research in records and from long manual calculations full of errors.

Independently of other information to be recorded according to the register and workstation, the proposed left margin is a standard for all registers of health facilities.

OUTPATIENT SERVICES REGISTER

This register for outpatient services is kept by the ward charge who uses it on a daily basis.

The ward charge signs the register every morning then transcribes the information collected at his level on three forms. Two of the forms are forwarded to the director of the facility and to the nursing superintendent every day before 10 o'clock with suggestions on improvement. The ward charge inquires weekly / daily on feedback from the hierarchy. The last form is kept in the facility.

Documented innovations to improve quality service are introduced if needed and an account is forwarded to the hierarchy.

The summary of data from this register is recorded every month in the Monthly Activity Report (MAR) and transmitted to the competent District Health Service (DHS) for compilation.

2. Filling the form:

Column N°	Title	Instruction	Example / Standard
1		Enter in this column, the date of the day in red.	25/01/1014
2	Order of the month	Start the numbering from 1 at the beginning of each month Result: At the end of the month, we will have the total number of patients received for that month	Date
			N°
			06/01/1014
			1
			2

		07/01/1014	
		13	

		01/02/1014	
		1	
		2	
3	Case 1. New Case 2. Old Case	2 if it is an old case (patient who came for a rendezvous). Chronic patients are considered as new cases during the first visit of the first yearly visit for this illness	1
4	Name and Surname	Clearly enter the name and surname of the patient.	THADEE Christian
5	Sex of the patient	Enter M if the patient is masculine and F if she is feminine.	M
6	AGE OF PATIENT	Enter the age of the patient while specifying the number. * For patient above one year, the age is given in years. Example: for a patient aged 15 enter «15 yrs» * for a patient below 1 year, the age is given in months	15 yrs
7	Statut of the patient	Enter in the column the matrimonial status of the patient during the visit, choose from the list the following options : MM = Married MR= Monogamous regime ;CO = Cohabitation ; S = Single; W = Widow; DI = Divorced	CE
8	Identification of pregnant women	Enter 1 if the patient is a pregnant woman and 2 if not	2

INSTRUCTIONS DE TENUE ET D'EXPLOITATION DES REGISTRES

1. Présentation générale

Le mode de tracé de registre qui est proposé permet, même dans un environnement non informatisé comme la plupart des formations sanitaires du niveau périphérique du système de santé camerounais, une lecture statistique rapide et nette des informations recherchées.

Le principal avantage réside dans le fait que l'investigateur, le manager et/ou le superviseur sont dispensés de fouilles épuisantes de registres et de longs calculs manuels qui leur étaient imposés.

Indépendamment des autres informations à enregistrer selon le Registre et le poste de travail, la marge gauche proposée devrait être un standard pour tous les registres des formations sanitaires..

REGISTRE DU SERVICE DE CONSULTATION EXTERNE

Ce registre du service de consultation externe est tenu par le Major qui en fait l'exploitation au quotidien.

Le registre est visé tous les matins par le major qui transcrit toutes les informations exploitées à son niveau sur trois fiches. Deux fiches sont transmises, tous les jours avant 10 heures, au Directeur de l'institution et au surveillant général avec des propositions d'amélioration. Le major doit s'enquérir tous les jours du feedback de la hiérarchie. La troisième fiche est gardée dans le service.

Des innovations documentées pour l'amélioration de la qualité du service sont introduites si besoin est et le compte rendu est fait à la hiérarchie.

La synthèse des données de ce registre sera consignée tous les mois dans le Rapport Mensuel d'Activités (RMA) et transmise au Service de Santé de District (SSD) territorialement compétent pour compilation.

2. Remplissage :

N° de Colone	Intitulé	Instruction	Exemple / Norme
1	date du jour :	Inscrire dans la colonne, la date du jour en couleur rouge.	25/01/1014
2	Numéro d'ordre du mois	Inscrire dans la colonne le numéro d'ordre du patient. Recommencer la numérotation à 1 au début du mois. Résultat: A la fin du mois, on obtient le nombre total de malades reçus dans le service.	Date du jour
			N°
			06/01/1014
			1
			2

		07/01/1014	
		13	

		01/02/1014	
		1	
		2	
3	Cas 1.Nouveau Cas 2.Ancien Cas	Inscrire 1 si le patient est un nouveau cas (nouvelle pathologie) ou 2 s'il s'agit d'un ancien cas (patient venu pour un rendez-vous). Les malades chroniques sont considérés comme nouveau cas lors de la première visite annuelle pour cette maladie.	1
4	Nom et Prénom	Remplir lisiblement les noms et prénoms du patient.	THADEE Christian
5	Sexe du patient	Remplir M si le patient est de sexe masculin ou F s'il est de sexe féminin.	M
6	Âge du patient	Inscrire l'âge du patient en précisant l'unité . * Pour un patient âgé de plus d'un an, l'âge est donné en année. Exemple: pour un patient âgé de 15 ans inscrire «15 ans» * Pour un patient âgé de moins d'un an, l'âge est donné en mois.	15 ans
7	le statut du patient	Inscrire dans la colonne , le statut Matrimonial du patient lors de sa visite. Choisir sur la liste d'option ci-après: MM = Marié Régime Monogamique ; MP = Marié Régime polygamique CO = Cohabitation ; CE = Célibataire ; VE = Veuve (Veuf) ; DI = Divorcé	CE
8	Identification des femmes enceintes	Inscrire 1 si le patient est une femme enceinte et 2 si non.	2

Column N°.	Title	Instruction	Example / Standard
9	Patient's code	All patients visiting the health facility have a unique code. Attribute a unique identification number to the patient to facilitate the follow up of visits. The number is constituted of the year/month/date of birth, the initials of the patient and the first letter of his/her mother's name. the identification number of the child will be that of his mother with "the last figures of his date of birth	130325TC-M
10	Occupation	Enter the profession of the patient	Student
11	Residence of the patient	Enter the place of residence of the patient(neighborhood, village)	Melen
12	Contact person	Enter the telephone number of the patient and if possible that of the contact person in case of need. If the patient is a child, enter the telephone number of the parent or guardian	77 75 92 19
13	Patient medical history	Take down the patient medical history contributory to his/her pathology diagnosis. Example: diabetes, AHT, epigastralgia, tobacco, alcohol, HIV, Hepatitis, Allergies....	AHT known over the past two years
14	Patient signs and symptoms.	Write down main signs and symptoms seen on the patient during visit.	Fatigue due to effort
15	Diagnosis of prescribing Doctor	Take down the diagnosis retained during the patient consultation. This diagnosis must comply with the international classification of diseases (CIM-10). Differential diagnoses are mentioned in the patient consultation booklet or medical file depending on cases. For example, severe malaria, cardiovascular accident, burn, wound, ...	Refer to ICD.10
16	Tests requested.	Inscrire les examens demandés lors de l'admission en hospitalisation et au cours de celle-ci.	EBCU
17	Results of requested tests	Copy out results of requested tests.	
18	Confirmatory diagnosis	Write down the retained diagnosis after the interpretation of the patient results. This diagnosis must comply with the international classification of diseases (CIM-10). Differential diagnoses are mentioned in the patient consultation booklet or file depending on cases. Example: severe malaria, stroke, burn, wound	Refer to ICD.10
19	Treatment	Write down drug names prescribed to the patient or any other major medical act.	
20	Ambulatory, Observation, Hospitalisation	Indicate whether the patient is under observation or hospitalised and eventually the service. Or say whether the patient receives an ambulatory treatment.	Observation
21	Receipt No / Impecuniosity	Write down the payment receipt number of medical procedures and consumables. Or otherwise, indicate whether the patient is destitute.	Bill/Receipt N° X
22	Reference.	Indicate whether the patient is referred and say which health facility he/she was referred to.	DH Yoko
23	Observations.	Write down useful observations or remarks. Example: appointments, instructions, etc.	Referred

3. Exploitation of registers:

At the end of each day, information (complete) must be recorded on a daily collection sheet in 3 copies: one for the collection site, one for the superintendent if there is one, and one for the head of the health facility.

These data should be the object of a daily analysis and is a part of self-evaluation. This continuous self-evaluation of activities should enable each level of analysis, daily decisions making that are needed to improve the quality of services and care: it is the permanent regulatory control.

N° de Colone	Intitulé	Instructions	Exemple / Norme
9	Code patient	Tout patient entrant dans la formation sanitaire reçoit un code unique. Attribuer un numéro d'identification unique à chaque patient afin de faciliter le suivi de ces visites. Le numéro est composé de l'année /mois/jour de la naissance, les initiales du nom du patient et la première lettre du nom de sa mère. Le numéro d'identification d'un enfant sera celui de sa mère avec «» et deux derniers chiffres de l'année de naissance de l'enfant comme extension.	130325TC-M
10	Occupation ou Profession	Inscrire la profession du patient .	Elève
11	Le lieu de résidence du patient.	Inscrire le lieu de résidence du patient (quartier / village).	Melen
12	Contact et personne à prévenir	Inscrire le numéro de téléphone du patient et si possible celui d'une personne à prévenir en cas de besoin. Lorsque le patient est un enfant, inscrire le numéro de téléphone du parent ou du tuteur.	77 75 92 19
13	Antécédents du patient	Inscrire les antécédents contributifs au diagnostic de la pathologie du patient. Exemple: diabète, HTA, épigastralgie, tabac, alcool, VIH, Hépatite, Allergies....	HTA Connue depuis 02 ans
14	Signes et symptômes du patient.	Inscrire les principaux signes et symptômes présentés par le patient lors de la consultation.	Fatigue à l'effort
15	Diagnostic du prescripteur	Inscrire le diagnostic retenu lors de la consultation du patient. Ce diagnostic doit être conforme à la classification internationale des maladies (CIM-10). Les diagnostics différentiels sont portés dans le carnet ou le dossier du patient selon les cas. Exemple: paludisme grave, accident vasculaire cérébral, Brûlure, plaie,	Se référer à la CIM.10
16	Examens demandés.	Inscrire les examens demandés lors de l'admission en hospitalisation et au cours de celle-ci.	EBCU
17	Résultats des examens demandés.	Reporter les résultats des examens demandés	
18	Diagnostic de confirmation	Inscrire le diagnostic retenu après interprétation des résultats du patient. Ce diagnostic doit être conforme à la classification internationale des maladies (CIM-10). Les diagnostics différentiels sont portés dans le carnet ou le dossier du patient selon les cas. Exemple: paludisme grave, accident vasculaire	Se référer à la CIM.10
19	Traitement	Inscrire les noms de médicaments prescrits au patient et tout autre acte médical majeur.	
20	Mise en observation, Hospitalisation, Ambulatoire	Indiquer si le patient est mis en observation ou s'il est hospitalisé en indiquant le service vers lequel il est orienté. Ou préciser si le patient reçoit un traitement en ambulatoire.	Mise en observation
21	Numéro de reçu/Indigence	Inscrire le numéro du reçu de paiement des actes médicaux et consommables. Ou le cas échéant, indiquer si le patient est indigent.	Quittance/Reçu N° X
22	Référence.	Indiquer si le patient est référé en précisant le nom de la formation sanitaire vers laquelle il est orienté.	HD de Yoko
23	Observations.	Noter toutes observations ou remarques utiles. Exemple: rendez-vous, consignes, etc.	Référé

3. Exploitation des registres:

A la fin de chaque journée, les informations (totaux) doivent être reporté sur une fiche de collecte journalière en 3 exemplaires: une pour le lieu de collecte, une pour le surveillant général s'il en existe un et une pour le responsable de la formation sanitaire.

Ces données doivent faire l'objet d'une analyse quotidienne et constitue un pan de l'auto évaluation. Cette auto évaluation continue des activités doit permettre pour chaque niveau d'analyse, la prise des décisions quotidiennes qui s'imposent pour améliorer la qualité des services et soins: c'est le contrôle régulateur permanent.

	Date	N° d'ordre du Mois / Monthly number	Cas / Case 1- Nouveau/New 2- Ancien/old	Noms et Prénoms / Names	Sexe/ Sex M - Masculin /Male F - Féminin /Female	Âge / Age (préciser l'unité ans/mois/specify years/months)	Statut MM=Mariée Monogame CO= Concubinage VE=Veuve MP=Mariée Polygame CE=Célibataire DI=Divorcée	Femme enceinte /Pregnant 1- Oui /Yes 2- Non /No	Code patient /patient code	Profession / Occupation Préciser la profession / precise profession	Lieu de résidence / Residence Préciser localité d'habitation / Precise locality of house	Contact&Personne à prévenir/ Contact& person (N° Tel)	Antécédents/ Past History
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	--/--/--												
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

