MCHIP Maternal and Child Health Integrated Program

Grille de supervision des Prestataires
Pour la coordination SBC

Remplir le Tableau au niveau de chaque STRUCTURE SANITAIRE en fonction du chargé des services à base communautaire, superviseur des AC

Noter : X = observation adéquate ; N = observation inadéquate ; NA =non applicable

Date de la Supervision : ……/……/20….. Structure sanitaire : ……..

COORDINATION DES ACTIVITES A BASE COMMUNAUTAIRE	**OUI**	**NON**	**N/A**	**OBSERVATIONS**
La supervision des AC est effectuée une fois par mois				
Les rapports des supervisions sont disponibles				
Les rapports des AC sont collectés				
Les réunions mensuelles avec les AC sont régulièrement tenues au CS				
Le superviseur des AC suit la mise en œuvre des recommandations des supervisions précédente				
Le superviseur des AC transmet à temps ses rapports mensuels à la DPS				
Total adéquat	**……. sur 6**			

NOM ET PRENOM DU PRESTATAIRE :……..

FONCTION :……

RESUME DE LA PERFORMANCE DU PRESTATAIRE

Taux d'adéquation Global = Nombre total de OUI / (6-Total de NA) X 100

N0	**D- COORDINATION SBC**	Nombre réponses adéquates	Taux D'adéquation
7	COORDINATION DES ACTIVITES A BASE COMMUNAUTAIRE	…… Sur 6	……%

Nom et Prénom du Superviseur 1 : **Nom et Prénom du Superviseur 2** :

Fonction : Fonction :

Signature du Superviseur : Signature du Superviseur :