

**MINISTERE DE LA SANTE**

Secrétariat Général  
Direction Nationale de la Santé  
Division Prévention et Lutte contre la Maladie  
Section Immunisation

**REPUBLIQUE DU MALI**

Un Peuple – Un But – Une Foi

**FORMULAIRE DE MONITORAGE DES SITES DE SURVEILLANCE ACTIVE DES MALADIES  
CIBLES DU PEV****DONNEES DE BASE**

Nom de la Région : ..... Nom du District : ..... Nom de l'Aire de santé.....  
**Nom du site** : ..... Code du Site : ..... Code de la priorité (1,2,3) : .....  
Nombre des Visites planifiées par an : ..... Nombre de visites déjà réalisées à ce jour : .....

**DONNEES DE LA VISITE**

Date de la visite

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
II MM AAAA

Nom de l'interlocuteur Principal :

Fonction de l'interlocuteur Principal :

***Nombre des nouveaux cas de Maladies rencontrés lors de la visite***PFA Enreg.  PFA Rapp.  Rougeole Enreg.  Rougeole Rapp.  FJ Enreg. FJ Rapp.  TMN Enreg.  TMN Rapp.  Paludisme Méningite Enreg.  Méningite Rapp.  Choléra Nombre des personnes (d'agent de santé/T radi-praticiens) sensibilisées ou formées lors de la visite Nombre des registres exploités : Nombre des services/Centres visités : 

Liste des services/Centres visités :

Nombre des service/Centres Non visités : 

Liste des services/Centres Non visités :

***Données du dernier Malade enregistré dans le registre consulté pendant la visite***Numéro du Malade  Nom du Malade Age du Malade en mois  Age du Malade en années  Sexe du Malade (M/F) **COMMENTAIRES**

Principales activités réalisées  
au cours de la visite

Problèmes majeurs  
Identifiés

Principales Actions envisagées  
/proposées/recommandées

Nom du Visiteur

Fonction du Visiteur

Signature du Visiteur

Signature de l'interlocuteur et cachet