

# الجمهورية التونسية

وزارة التعليم العالي والبحث  
العلمي والتكنولوجيا

وزارة الصحة العمومية

عدد 2003/06

عدد 06

## منشور

تونس في 23 جانفي 2003

إلى السادة والسيدات :

- رؤساء الجامعات
- عمداء ومديري مؤسسات التعليم العالي والبحث
- المديرين العاميين لدواوين الخدمات الجامعية
- مديري ومديرات مؤسسات الخدمات الجامعية
- المدير العام للدراسات التكنولوجية
- مدير المعاهد العليا لتكوين المعلمين
- مديري الإدارات المركزية للصحة العمومية
- المديرين الجهويين للصحة العمومية
- متفقي الصحة العمومية
- مديري المستشفيات والمدارس المهنية للصحة العمومية
- الوحدات الجهوية للطب المدرسي والجامعي
- فرق الصحة المدرسية بالمؤسسات الجامعية

**الموضوع :** تركيز خلايا الإعلام والإرشاد في مجال صحة الإنجاب في الوسط الجامعي.  
**المصاحب :** - بطاقة تعريف خلية الإعلام والإرشاد في مجال صحة الإنجاب.  
- تقييم ثلاثي لنشاط خلية الإعلام والإرشاد.

في إطار تكثيف الإحاطة الصحية بالطلبة وعملا على تدعيم وتحسين نوعية الخدمات وتقريبها منهم، سعت وزارة الصحة العمومية (إدارة الطب المدرسي والجامعي) منذ سنة 2000/99 إلى تركيز خلايا الإعلام والإرشاد في مجال صحة الإنجاب في الوسط الجامعي، وهي حصص استمرار تؤمنها القابلة و/أو الطبيب المدرسي داخل محلات التمريض الموجودة بالمؤسسة الجامعية.

وسعى إلى تركيز هذه الخلايا وتعميمها تدريجيا على كافة المؤسسات الجامعية ولمزيد تدعيم برنامج صحة الإنجاب بهذه المؤسسات، قررت وزارة الصحة العمومية بالاشتراك مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والتكنولوجيا دعوة كل الأطراف المعنية في الأوساط الطلابية للسهر على تنفيذ التدابير العملية التالية :

(أ) على المديرين الجهويين للصحة العمومية أن يقوموا بـ :

- 1- انتقاء القوابل والأطباء الأكثر خبرة في التواصل للإشراف على خلايا الإعلام والإرشاد بالمؤسسات الجامعية
- 2- تحديد المؤسسات الجامعية ذات الأولوية في تركيز خلايا الإعلام والإرشاد بالاشتراك مع مديريها وعمداتها وذلك بالاعتماد على عدد الطلبة المرسمين بها.
- 3- التنسيق مع المسؤولين عن المؤسسات الجامعية لضبط جدول عمل هذه الخلايا حسب الإمكانيات المتاحة لكل الأطراف المعنية مع السهر على مراعاة تطابق أوقات نشاط هذه الخلايا وأوقات تواجد الطلبة خاصة بالنسبة إلى المبيلات والأحياء الجامعية حيث يجب أن تكون حصص الاستمرار مسائية : من الساعة السابعة إلى التاسعة مساءً وذلك سعيا إلى ضمان إقبال الطلبة على هذه الخلايا في أحسن الظروف والاستجابة لحاجاتهم وتعزيزا لنشر الوعي الصحي عندهم.
- 4- إعداد مذكرات عمل خصوصية للمشرفين على هذه الخلايا تحدد فيها بكل دقة المؤسسات الجامعية وأيام وأوقات العمل بها.
- 5- إعلام مديري وعمداء المؤسسات التعليمية والمبيلات والأحياء الجامعية التي سيشملها برنامج صحة الإنجاب بجدول عمل هذه الخلايا ومن سيشرف عليها.

ب) على عمداء ومديري المؤسسات التعليمية وعلى المديرين العاميين لدواوين الخدمات الجامعية وكذلك مديري المبينات والأحياء الجامعية أن يعملوا ويسهروا على :

- توفير الظروف الملائمة لضمان إنجاز هذا البرنامج وتقديم التسهيلات اللازمة كذلك المتعلقة بـ :
  - ° توفير محلات تريض تضمن سرية نشاط هذه العيادات وتحترم حميمية الطلبة.
  - ° حسن التنسيق مع فرق الصحة المدرسية والجامعية وإدارة المؤسسة.

ج) على المشرفين على خلايا الإعلام والإرشاد في المؤسسات الجامعية أن يقوموا بـ :

- التنسيق مع المسؤولين عن عيادات المراهقين ومصحات التنظيم العائلي وعيادات أمراض النساء لاستقبال الإحالات الموجهة إليهم من طرف المشرفين على الخلايا وتقديم الخدمات اللازمة في أقرب الأجل وأحسن الظروف.

- تكثيف حصص التنقيف الصحي في مجال صحة الإنجاب ومزيد التعريف بخلايا الإعلام والإرشاد وأهدافها

- طمأنة الطلبة وإقناعهم بمصداقية هذه العيادات وباحترامها للسرية.

- تدوين نشاط هذه الخلايا في كراس خاص

- استعمال التقارير التي أعدها إدارة الطب المدرسي والجامعي (بطاقة تعريف خلية الإعلام والإرشاد في مجال صحة الإنجاب والتقارير الثلاثية) وإرسالها إلى الإدارة الجهوية للصحة العمومية في الأجل المحددة لها.

ونظرا لأهمية هذا الموضوع وانعكاساته الإيجابية على صحة الطلبة، فإننا ندعو كل الأطراف المعنية بكل في ما يخصه- إلى إيلاء هذه الإجراءات ما تحتاجه من عناية وحسن متابعة.

وزير الصحة العمومية

وزير التعليم العالي  
والبحث العلمي والتكنولوجيا

السادة سبأ

الإمضاء: الصارح شعبان

الإمضاء: الحبيب ميسار



**FICHE D'IDENTITE ET DE MISE EN PLACE DE LA  
CELLULE D'INFORMATION ET DE CONSEIL  
EN SANTE DE LA REPRODUCTON**

Gouvernorat ..... CIC/SR-U

- Type d'établissement : Enseignement  Hébergement

- Nom de l'établissement abritant la CIC/SR .....

- Nombre d'étudiants inscrits  Filles  Garçons

- Existe t-il un local spécifique pour l'infirmerie ? Oui  Non

Si Non, où se déroulent les séances ? .....

**Gestion de la CIC/SR :**

- Année de création de la CIC/SR .....

- Date de la 1<sup>ère</sup> séance de l'année en cours : 1<sup>er</sup> trimestre  2<sup>ème</sup> Trimestre  3<sup>ème</sup> trimestre

- La journée fixée pour la CIC/SR est-elle ? Superposée à la Journée Scolaire .....   
Individualisée .....

- La rythmicité des séances de la CIC/SR est-elle ? Bihebdomadaire  Hebdomadaire  Bimensuelle

Avez-vous établi un emploi du temps pour la CIC/SR dès le début de ses activités cette année ?  
Oui  Non  Si Non, pourquoi ? .....

L'avez-vous affiché ?  
Oui  Non  Si Non, pourquoi ? .....

**Médecin**

**Sage Femme**

**Infirmier (e)**

Nom .....

Nom .....

Nom .....

Signature

Signature

Signature



....., le .....

**RAPPORT D'ACTIVITE DES CIC/SR  
EN MILIEU UNIVERSITAIRE**

Gouvernorat .....

- Type d'établissement : Enseignement  Hébergement  CIC/SR-U

- Nom de l'établissement abritant la CIC/SR .....

- Nombre d'étudiants inscrits     Filles    Garçons

	Total		F	G
Nombre total des bénéficiaires durant le trimestre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	dont	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° nouveaux pour l'année : Total	<input type="text"/> <input type="text"/>	dont	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° revus durant l'année : Total	<input type="text"/> <input type="text"/>	dont	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° anciens (des années précédentes)	<input type="text"/> <input type="text"/>	dont	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**Motif de la demande :**

	F	G
- Information	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- Conseil	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- Demande de préservatifs	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- Consultation	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° problèmes invoqués	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° psycho-affectifs	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° patho-mammaire	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° en rapport avec les règles	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° sexuels	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° IST	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° gynécologiques (autres que règles, mammaires et IST)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
° non SR	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**Les prestations offertes :**

	<b>F</b>	<b>G</b>
- Information	□ □	□ □
- Conseil	□ □	□ □
- Education à la santé	□ □	□ □
- Remise de préservatifs	□ □	□ □
- Références gynécologiques	□ □	□ □
- Références psychologiques	□ □	□ □
- Autres références médicales	□ □	□ □

**EDUCATION A LA SANTE**

Thème	Nb de bénéficiaires		Nb de séances réalisées
	F	G	
<b>Total</b>			

**Observations :** .....

.....

**Médecin**

**Sage Femme**

**Infirmier (e)**

Nom .....

.....

Nom .....

.....

Nom .....

.....

Signature

Signature

Signature