



# REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



## ENQUETE DE BASE POUR L'ÉVALUATION D'IMPACT DU PDSS

2015

### QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FORMATIONS SANITAIRES F1 : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES FORMATIONS SANITAIRES

#### SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Province :		District :	
		Aire de santé	
Zone de Santé (ZS)		Nom de Fosa	
Village / Quartier :		Type de la Formation sanitaire:	Hôpital 01 Centre de santé 02

Statut de FOSA	Public	1	Categorie de Centre de santé:
	Privé à but lucratif	2	
	Privé à but non-lucratif	3	
	Confessionnel	4	
	Parapublic (Etat-confessionnel, Etat-Privé)	5	
	PMAS	1	
	PMAE	2	

#### COORDONNEES GPS DE LA FORMATION SANITAIRE

LATITUDE (NORD):							
LONGITUDE (EST):							
MILIEU DE RESIDENCE	Urbain	1					
	Rural	2					

#### VISITES DES FORMATIONS SANITAIRES

NOM/PRENOM DE L'ENQUÊTEUR:		CODE ENQUÊTEUR:	
Date Visite	JOUR	MOIS	ANNÉE

#### CONSENTEMENT ECLAIRE, A RECUEILLIR AVANT LE DEBUT DE L'ENTREVUE

ENQUÊTEUR : Bonjour/Bonsoir ! Je m'appelle \_\_\_\_\_, je travaille pour Médecins d'Afrique ( MDA). Le Ministère de la santé publique nous a demandé de mener une étude sur les formations sanitaires dans la province (du)de l'..... . Aujourd'hui, nous allons nous entretenir avec le personnel de la formation sanitaire . Nous voulons déterminer le niveau général et la qualité des prestations de service dans les formations sanitaires dans la province (du)de l'..... Si vous acceptez de prendre part à cet entretien, nous vous assurons que les informations fournies seront traitées confidentiellement. Vous avez le droit de refuser de prendre part à l'entretien au début ou de l'interrompre à n'importe quelle étape. Toutefois, nous vous réaffirmons que les informations que vous allez fournir sont d'une importance capitale pour le Ministère de la santé qui s'en servira dans l'amélioration des services de santé dans cette province . Acceptez-vous prendre part à l'enquête aujourd'hui ?



OUI 1  
NON 2

☐

(1)	Informations générales		
(A)	General	INSCRIRE LES REPONSES	
PERSONNE INTERROGÉE : RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE MEDECIN Directeur(HGR) ou Infirmier titulaire(CS) OU TOUT AUTRE MEMBRE DU PERSONNEL AUTORISÉ			
(1.01)	Êtes-vous responsable de cette formation sanitaire( ? (Si non, demandez à voir la personne autorisée le jour du passage pour continuer)	OUI 1 NON 2	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
(1.02)	A) Quelle fonction occupez-vous dans cette formation sanitaire?	Medecin Directeur 1 Medecin Chef de Staff 2 Directeur de nursing 3 Infirmier Titulaire/ 4 Autre, préciser _____) 07	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
(1.03)	B) Quel est votre profil ?	Medecin (y compris spécialiste) 1 Administrateur Gestionnaire 2 Chirurgien Dentiste 3 Infirmier L2 4 Infirmier A1 5 Infirmier A2 6 Technicien de Laboratoire A1 7 Kinésithérapeute 8 Technicien de Laboratoire A2 9 Autre (à préciser) 97	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
(1.04)	Qui est le propriétaire de cette formation sanitaire?	Gouvernement 1 Para étatique 2 Organisation privée à but lucratif 3 Organisation Non Gouvernementale 4 Organisation confessionnelle 5 Particulier 6 Militaire / police 7 Autre Spécifiez 97	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
(1.05)	En quelle année cette formation sanitaire a-t-elle été mise en service? ENQUÊTEUR : UTILISER CE FORMAT POUR L'ANNÉE AAAA (EX 1941). VERIFIEZ LE DOCUMENT D'AGREGATION		<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
(1.06)	Quand a eu lieu le dernier investissement de grande importance dans l'infrastructure ? ENQUÊTEUR : INSCRIRE l' ANNÉE. IL S'AGIT ENTRE AUTRES DE GRANDS TRAVAUX DE PEINTURE, PLOMBERIE, AGRANDISSEMENT DU BÂTIMENT, ETC.  SI NON APPLICABLE: NOTEZ 9999	ANNÉE "AAAA"	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
(1.07)	Cette formation sanitaire fonctionne-t-elle 24 heures sur 24?	OUI, OFFICIELLEMENT 1 ► (1.13) OUI, DE MANIERE INFORMELLE / DANS LA PRATIQUE 2 ► (1.13) NON 3	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
(1.08)	À quelle heure de la journée commencez-vous les soins aux malades externes?  ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT SUIVANT. EX SI LE DÉBUT C'EST 7h, INSCRIRE 0700. SI C'EST 19 heures, INSCRIRE 1900. SI LA FOSA EST FERMÉE, INSCRIRE 9996	a. Jours fériés b. Jours ouvrables c. Samedi d. Dimanche	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
(1.09)	À quelle heure prennent fin les soins aux malades externes?  ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT SUIVANT. EX SI LE DÉBUT C'EST 7h, INSCRIRE 0700. SI C'EST 19 heures, INSCRIRE 1900. SI LA FOSA EST FERMÉE, INSCRIRE 9996	a. Jours fériés b. Jours ouvrables c. Samedi d. Dimanche	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
(1.10)	La formation sanitaire fait-elle une pause en milieu de journée et offre également des soins l'après-midi après la pause ?	OUI 01 NON 02 ► (1.13)	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

(1.11)	À quel heure les soins recommencent-ils l'après-midi pour les malades externes? ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT SUIVANT. EX SI LE DÉBUT C'EST 7h, INSCRIRE 0700. SI C'EST 19 heures, INSCRIRE 1900.	a. Jours fériés b. Jours ouvrables c. Samedi d. Dimanche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.12)	À quelle heure les soins finissent-ils l'après-midi pour les malades externes? ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT SUIVANT. EX SI LE DÉBUT C'EST 7h, INSCRIRE 0700. SI C'EST 19 heures, INSCRIRE 1900.	a. Jours fériés b. Jours ouvrables c. Samedi d. Dimanche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.13)	Citer les quatre principales sources de financement ou de revenus (entrées en argent liquide) de cette formation sanitaire?  ENQUÊTEUR : NE LISEZ PAS LES OPTIONS. POUR CHACUNE DES SOURCES DE FINANCEMENT CITÉES PAR LE SUJET INTERROGÉ INSCRIRE "1" DANS LA LIGNE CORRESPONDANTE. POUR TOUTES LES SOURCES DE FINANCEMENT QUE LE SUJET INTERROGÉ NE CITERA PAS PARMI LES QUATRE PRINCIPALES SOURCES, INSCRIRE "2". Aucune case ne doit être laissée vide.	a. GOUVERNEMENT CENTRAL (Salaires) b. GOUVERNEMENT PROVINCIAL c. Communauté (Frais de prestation ou contributions) d. Partenaire technique et financier e. Mutuelles de santé f. Convention avec employeur g. AUTRE (Préciser)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.14)	Quel montant avez-vous reçu de chacune des sources suivantes en 2014 en Franc Congolais (FC)?  ENQUÊTEUR : POUR CHAQUE SOURCE, (PAS SEULEMENT LES 4 PRINCIPALES), INSCRIRE LE MONTANT RECU EN Franc Congolais (FC). S'IL EST DE ZERO FRANC, INSCRIRE "0000".	a. GOUVERNEMENT CENTRAL (Salaires) b. GOUVERNEMENT PROVINCIAL c. Communauté (Frais de prestation ou contributions) d. Partenaire technique et financier e. Mutuelles de santé f. Convention avec employeur g. AUTRE (Préciser)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.15)	Montant total reçu en Franc Congolais (FC) (ENQUÊTEUR : Confirmer)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.16)	ENQUÊTEUR : SOURCES D'INFORMATION consultées pour obtenir le montant Total reçu	Dossiers de la formation sanitaire 1 Aucune source: Rapport oral 2 Autre à préciser 7	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.17)	ENQUÊTEUR : PRÉCISEZ LES SOURCES D'INFORMATION CONSULTÉES POUR OBTENIR LE MONTANT DES DÉPENSES METTEZ "1" SI LA SOURCE EST CITÉE ET "2" SI C'EST PAS CITER	a. Documents de la formation sanitaire 1 b. Aucune source: rapport oral 2 c. Autre à préciser 7	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.18)	Quelles sont les sources d'énergie Utilisées dans cette FOSA? (QCM)  ENQUÊTEUR: NE LISEZ PAS LES OPTIONS. METTEZ "1" SI LA SOURCE EST CITÉE ET "2" SI C'EST PAS CITER	SNEL Groupe électrogène Plaque solaire Aucune ► (1.21) AUTRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.19)	Y a-t-il eu des coupures de courant électrique au cours des 7 derniers jours?	OUI 1 NON 2 ► (1.21)	<input type="text"/> <input type="text"/>
(1.20)	Pendant combien d'heures n'avez-vous pas eu de courant électrique pendant les 7 derniers jours?	MAXIMUM 168 heures	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.21)	Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau  ENQUÊTEUR: UNE SEULE REPONSE POSSIBLE	REGIDESO 01 Puits 02 Puits non protégé 03 Source 04 Source non aménagée 05 Eau de pluie 06 Camion citerne à eau/ vendeur 07 Forage 08 Eau superficielle (lac, rivière ou ruisseau) 09 ► (1.25) AUTRE, 97	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(1.22)	Cette source principale d'approvisionnement est-elle utilisée seulement par la formation sanitaire ou est-elle partagée avec d'autres personnes dans la communauté?	LA FORMATION SANITAIRE SEULE 1	_
		PARTAGÉE 2	
(1.23)	Pendant les 7 derniers jours, y-a-t-il eu manque d'eau dans la formation sanitaire?	OUI 1	_
		NON 2 ► (1.25)	
(1.24)	Pendant les 7 derniers jours, pendant combien d'heures y-a-t-il eu manque d'eau dans la formation sanitaire?	MAXIMUM 168 heures	_ _ _
(1.25)	A quelle distance se trouve la source d'eau la plus proche de la formation sanitaire? S'il y-a de L'EAU DISPONIBLE DANS LA FORMATION SANITAIRE, NOTER "00".	Kilometres	_ _
(1.26)	La formation sanitaire dispose-t-elle d'une radio aérienne de communication (Phonie ou RAC) opérationnelle?	OUI 1	_
		NON 2	
(1.27)	La formation sanitaire dispose-t-elle d'une ligne téléphonique, qu'il s'agisse d'un téléphone fixe ou portable?	OUI, fixe 1 ► (1.30)	_
		OUI, PORTABLE 2 ► (1.30)	
		Oui, les deux 3 ► (1.30)	
		NON 4	


(1.28)	ENQUÊTEUR: SEULEMENT SI REPONSE (1.27) ETAIT NON: Y a-t-il des services téléphoniques fonctionnels dans la communauté en dehors du téléphone du personnel que le personnel de la formation sanitaire peut utiliser, si nécessaire?"	OUI 1 NON 2 ► (1.32)	<input type="text"/>
(1.29)	A quelle distance de la formation sanitaire se trouve la phonie ou Téléphone ? (Aller simple)	Kilometres	<input type="text"/>
(1.30)	Pendant les 7 derniers jours, la formation sanitaire a-t-elle été coupée de tout service téléphonique, soit par téléphone fixe ou portable?	OUI 1 NON 2 ► (1.32)	<input type="text"/>
(1.31)	Pendant combien d'heures la formation sanitaire a été coupée du téléphone au cours des 7 derniers jours?	MAXIMUM 168 heures	<input type="text"/>
(1.32)	Y'a-t-il quelqu'un parmi le personnel de la formation sanitaire qui possède un téléphone portable?	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(1.33)	Cette formation sanitaire réfère-t-elle les patients vers d'autres formations sanitaires?	OUI 1 NON 2 ► (1.35)	<input type="text"/>
(1.34)	 <p>Où est-ce que la formation sanitaire réfère-t-elle pour les cas suivants: ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS A HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE L'UN DES CODES SUIVANTS EN FONCTION DE LA REPONSE DONNEE :</p> <p>Cliniques Universitaires..... 1 Hôpital Provincial Général de Référence .....2 Hôpital Général de Référence de zone.....3 Centre de santé de Référence .....4 Centre de santé.....5 Ne réfère pas (réaliser dans la FOSA).....6</p>	<p>a. Tests de laboratoire</p> <p>b. Radiologie/ imagerie médicale</p> <p>c. Malade hospitalisé</p> <p>d. Chirurgie</p> <p>e. Accouchement sans complication</p> <p>f. Urgences obstétricales</p> <p>g. Soins spécialisés</p> <p>h. AUTRE, PRÉCISER:</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.35)	La formation sanitaire dispose-t-elle d'un moyen de transport (pour transporter les patients ou les transférer vers la formation sanitaire de référence)?	OUI 1 NON 2 ► (1.39)	<input type="text"/>
(1.36)	<p>Quel est le moyen de transport fonctionnel disponible au niveau de la formation sanitaire?</p> <p>ENQUÊTEUR : LIRE LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Pour chaque option, INSCRIRE LE NOMBRE DE VÉHICULES TRAVAIL DISPONIBLES. S'il est de zéro, INSCRIRE 00.</p> 	<p>a. Ambulance, propriété de la formation sanitaire</p> <p>b. Véhicules privés loués à temps plein</p> <p>c. Véhicules privés loués à temps partiel</p> <p>d. Autre véhicule que possède la formation sanitaire</p> <p>e. Moto Ambulance, propriété d'une autre formation sanitaire</p> <p>f. Véhicules privés obtenus à la demande</p> <p>g. Moto ambulance, propriété de la formation sanitaire</p> <p>h. Motos louées</p> <p>i. Vélo, propriété de la formation sanitaire</p> <p>j. Tricycle motorisé</p> <p>k. Pirogue</p> <p>l. Hors bord</p> <p>m. Autre, spécifier</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(1.37)	Pendant les 7 derniers jours, y'a-t-il eu des moments où aucun moyen de transport n'était disponible pour les patients?	OUI 1 NON 2 ► (1.39)	<input type="text"/>
(1.38)	Pendant combien d'heures les moyens de transport n'ont-ils pas été disponibles durant les 7 derniers jours?	Maximum de 168 heures	<input type="text"/>
(1.39)	La formation sanitaire possède-t-elle un ordinateur fonctionnel ?	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(1.40)	Protocole du paludisme est-elle accessible pour le personnel	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(1.41)	Schéma d'IRA de l'OMS est-elle accessible pour le personnel	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(1.42)	Protocole OMS pour la diarrhée est-elle accessible pour le personnel	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(1.43)	Directives de traitement et protocole sont-ils disponibles dans la salle de consultation	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(1.44)	La petite Chirurgie est-elle faite dans une pièce séparée du bloc opératoire?	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(1.45)	La Formation sanitaire Dispose-t-elle d'une unité de Transfusion Sanguine?	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>


(B)	Sécurité et Hygiène	INSCRIRE LES REPONSES	
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU SON ASSISTANT S'IL EST ABSENT OU INDISPONIBLE.			
(1.46)	La formation sanitaire possède-t-elle une salle de consultation pour les malades externes?	OUI, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3 ► (1.51)	_
(1.47)	Cette pièce est-elle équipée d'une boîte de sécurité ou d'une boîte fermée pour jeter les objets tranchants déjà utilisés?	OUI, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	_
(1.48)	Y a-t-il dans la salle des affiches sur les étapes de la procédure de désinfection?	OUI, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	_
(1.49)	Dans la salle, y a-t-il un lavabo avec une source d'approvisionnement en eau / Dispositif (Seau avec robinet + bassin)?	OUI, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	_
(1.50)	Au niveau du lavabo, y a-t-il du savon?	OUI, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	_
(1.51)	Quels sont les principaux désinfectants utilisés dans la formation sanitaire ?  ENQUÊTEUR: NOTEZ 1 POUR OUI; 2 POUR NON	a. Chlorhexidine b. Dakin c. Eau de javel (Hypochlorite de Sodium/Chlorine solution/JIK solution) d. Alcool e. AUTRE	_   _   _   _   _
(1.52)	Y a-t-il un incinérateur fonctionnel pour l'élimination des déchets biomédicaux?	OUI, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	_
(1.53)	Les déchets sont-ils transférés vers un autre centre de santé pour être incinérés?	OUI 1 NON 2	_
(1.54)	Quelle est la procédure utilisée pour décontaminer les équipements médicaux après l'utilisation initiale?  ENQUÊTEUR : NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Une seule réponse est valable. S'il y a PLUSIEURS techniques de désinfection, INSCRIRE la plus courante.	TREMPES dans une solution désinfectante, puis brossés et frottés avec du savon + EAU 1 BROSSES avec du savon et de l'eau, puis trempés dans une solution désinfectante 2 BROSSES uniquement avec du savon et de l'eau 3 TREPES seulement dans une solution désinfectante 4 NETTOYES avec de l'eau et du savon 5 NETTOYES avec de l'eau JAVEL 6 ÉQUIPEMENTS JAMAIS DÉCONTAMINÉS 7 ÉQUIPEMENTS jamais réutilisés 8 ► (1.56) AUTRE, PRÉCISER : _____ 97 _____)	_   _
(1.55)	Quelle est la technique utilisée pour la stérilisation de l'équipement médical avant réutilisation?  ENQUÊTEUR : NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Une seule réponse est valable. S'il y a PLUSIEURS techniques de stérilisation, noter la plus utilisée.	En autoclave 1 ÉBULLITION 2 Stérilisation à la vapeur 3 Méthode chimique 4 Traités à l'extérieur de la formation sanitaire 5 Poupinel 6 Flambage 7 Aucune 8 Autre, spécifiez 97	_   _

(1.56)	Le protocole de stérilisation du matériel est-il affiché dans la Fosa?	AFFICHÉ 1 PAS AFFICHÉ 2	<input type="checkbox"/>
(1.57)	Y a t-il des dispositions prévues pour l'élimination des déchets biomédicaux?	OUI 1 NON 2 ► (2.01)	<input type="checkbox"/>
(1.58)	Comment les déchets biomédicaux sont-ils gérés?  ENQUÊTEUR : NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Une seule réponse est valable. S'il y a plusieurs MÉTHODES D'ÉLIMINATION DES DÉCHETS, INSCRIRE la plus utilisée.	ENTERRÉS EN FOSSE 1	<input type="checkbox"/>
		BRULÉS/INCINERÉS 2	
		JETES DEHORS 3	
		SOUS TRAITEMENT 4	
		TRANSFÉRÉS VERS UNE AUTRE FORMATION SANITAIRE 5	
		AUTRE, PRÉCISER: _____ 7	




(2) Administration et gestion		INSCRIRE LES REPONSES
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE MEDECIN Directeur(HGR) ou Infirmier titulaire(CS) OU TOUT AUTRE MEMBRE DU PERSONNEL AUTORISE		
(2.01)	Y a-t-il un Comité de santé (COSA) Comité de Direction (CODI) ou un Comité de Gestion (COGES) pour cette formation sanitaire ?	<div> <div>OUI</div> <div>NON</div> </div> <div> <div>1</div> <div>2 ► (2.07)</div> </div> <div> <div>□</div> <div>□</div> </div>
(2.02)	Combien de membres siègent à ce comité? (ECRIRE LE NOMBRE)	<div>□ □ □</div>
(2.03)	Les personnes suivantes sont-elles représentées dans ce comité?  ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" si OUI, "2" SI NON.	<div> <div>a. Chef de de service ou Chef d'unité</div> <div>b. Medecin -Directeur</div> <div>c. Representant des infirmiers titulaires</div> <div>d. Representant du comité de santé</div> <div>e. Représentant(s) du village/quartier</div> <div>f. Partenaires privés et confessionnels</div> <div>g. Médecin Inspecteur</div> <div>h. Représentant des associations de développement</div> <div>i. Autre (A préciser)</div> </div> <div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> </div>
(2.04)	Au cours des 12 derniers mois, combien de réunions du CODI/COGES/COSA de la formation sanitaire ont été tenues?	<div>□ □ □</div>
(2.05)	La formation sanitaire possède t-elle des documents écrits des réunions du CODI/COGES/COSA (minutes, décisions,rapports,procès verbal, etc)?	<div> <div>OUI</div> <div>NON</div> </div> <div> <div>1</div> <div>2</div> </div> <div> <div>□</div> <div>□</div> </div>
(2.06)	Quelles initiatives ont été prises par le CODI/COGES/ COSA de la formation sanitaire et mis en œuvre au cours des 12 derniers mois?  NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Pour chaque option, INSCRIRE "1" si mentionné, ET "2" si rien n'est indiqué.	<div> <div>a. Soutien administratif à la formation sanitaire, par exemple approuver les paiements</div> <div>b. Fourniture de matériel ou équipements nouveaux</div> <div>c. Nouvelles infrastructures</div> <div>d. Travaux de réparations</div> <div>e. Approvisionnement en médicaments</div> <div>f. Action de sensibilisation/Mobilisation de la communauté à l'utilisation des services de la formation sanitaire</div> <div>g. Aider à transporter le personnel pour les visites à domicile</div> <div>h. Dons en nature</div> <div>i. Amélioration de la sécurité de la formation sanitaire</div> <div>j. Amelioration de la Qualité de l'eau</div> </div> <div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> <div>□</div> </div>



		k. Augmenter la quantité d'une eau de qualité à la formation	<input type="checkbox"/>
		l. Appui à la formation des agents de santé communautaires	<input type="checkbox"/>
		m. Appui aux équipes mobiles	<input type="checkbox"/>
		n. Vérification des performances de la formation sanitaire en matière de santé maternelle et infantile	<input type="checkbox"/>
		o. Assainissement de l'environnement (ex. Destruction des gîtes larvaires)	<input type="checkbox"/>
		p. Pulvérisation à effet permanent dans les domiciles	<input type="checkbox"/>
		q. Dépistage des maladies	<input type="checkbox"/>
		r. Rapport et collecte des données relatives aux activités du financement basé sur les résultats	<input type="checkbox"/>
		s. Conception du schéma de financement basé sur les résultats	<input type="checkbox"/>
		t. Participation à la formation et à la sensibilisation sur le projet de financement basé sur les résultats	<input type="checkbox"/>
		u. Autre (A préciser)	<input type="checkbox"/>
(2.07)	Le budget de la formation sanitaire pour l'exercice en cours a-t-il été élaboré?	Oui, vu 1	<input type="checkbox"/>
	DEMANDEZ A VOIR LE DOCUMENT DE BUDGET	OUI, pas vu 2	
		NON 3	
(2.08)	Le plan d'action de la formation sanitaire pour l'exercice en cours a-t-il été élaboré?	Oui, vu 1	/ /
	DEMANDEZ A VOIR LE PLAN DE TRAVAIL ANNUEL.	OUI, pas vu 2	
		NON 3 ► (2.11)	
(2.09)	Qui sont ceux qui ont pris part à son élaboration?	a. Médecin directeur/ Infirmier Titulaire	<input type="checkbox"/>
	 <p>LIRE TOUTES LES OPTIONS A HAUTE VOIX. Pour chaque option, INSCRIRE "1" SI OUI, "2" SI NON.</p>	b. Bourgmestre / chef de village	<input type="checkbox"/>
		c. Personnel(s) de la formation sanitaire	<input type="checkbox"/>
		d. Personnel(s) d'Organisation Non Gouvernementale	<input type="checkbox"/>
		e. Membre equipe cadre de Zone (Médecin chef de zone, MD, AG, IS )	<input type="checkbox"/>
		f. Personne ressource de la communauté	<input type="checkbox"/>
		g. Représentant des secteurs connexes ( éducation, affaire sociale, agriculture; etc)	<input type="checkbox"/>
		h. Autre, spécifiez	<input type="checkbox"/>


(2.10)	Les activités de santé prioritaires sont-elles identifiées dans ce plan d'action pour l'année budgétaire en cours?	Oui 1	2 ► (2.12)	<input type="checkbox"/>
		Non		
(2.11)	<p>Maintenant, je vais vous lire une liste de services. Pour chaque service, vous me direz s'il est prioritaire ou non pour l'année budgétaire en cours.</p> <p>LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, METTRE "1" SI OUI / PRIORITÉ ", 2" SI NON / PAS UNE PRIORITÉ.</p> 	a. Soins prénataux	<input type="checkbox"/>	
		b. l'Accouchement assisté par un personnel qualifié	<input type="checkbox"/>	
		c. Soins du post partum/ consultation post-natale	<input type="checkbox"/>	
		d. Vaccination	<input type="checkbox"/>	
		e. Consultations curatives	<input type="checkbox"/>	
		f. La planification familiale	<input type="checkbox"/>	
		g. Nutrition	<input type="checkbox"/>	
		h. Prise en charge Intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	<input type="checkbox"/>	
		i. Paludisme	<input type="checkbox"/>	
		j. Tuberculose	<input type="checkbox"/>	
		k. VIH / Sida	<input type="checkbox"/>	
		k. Counseling	<input type="checkbox"/>	
		l. Promotion et suivi de la santé	<input type="checkbox"/>	
		m. Consultations préscolaires	<input type="checkbox"/>	
		n. Autre (A préciser)	<input type="checkbox"/>	
(2.12)	Combien de réunions du personnel de la formation sanitaire ont eu lieu au cours des <u>3 derniers mois</u> ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(2.13)	Existe t-il un document écrit énumérant les tâches du personnel de la formation sanitaire?	Oui, Vu 1	2	<input type="checkbox"/>
		Oui, pas vu		
		Non 3		
(2.14)	<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , combien de visites de supervisions ont été faites par Equipe cadre de zone de Santé? Si c'est zéro visite, INSCRIRE "0".			<input type="checkbox"/>
(2.15)	<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , combien de visites ont été faites par un partenaire technique et financier dans le cadre de la supervision ou de l'appui technique? Si c'est zéro, INSCRIRE "0".			<input type="checkbox"/>
(2.16)	<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , combien de visites ont été faites par cette formation sanitaire aux Relais communautaires dans le cadre de la supervision ou de l'appui technique? Si c'est zéro, INSCRIRE "0".			<input type="checkbox"/>
NB : la période pendant laquelle le sujet interrogé doit faire appel à sa mémoire est maintenant de 12 MOIS				
(2.17)	Pendant les 12 derniers mois, combien de fois la performance du personnel a-t-elle été évaluée en interne, c'est à dire par des personnes au sein de la formation sanitaire?	SI ZÉRO ►	(2.19)	<input type="checkbox"/>
(2.18)	Le résultat de cette évaluation interne de la performance du personnel influence-t-il les salaires du personnel ou un salaire au rendement?	OUI 1	2	<input type="checkbox"/>
		NON		

(2.19)	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois la performance du personnel a-t-elle été évaluée en externe, c'est à dire par des personnes extérieures à la formation sanitaire, par exemple, l'équipe du niveau central, l'équipe de la division provinciale ou l'équipe de la zone sanitaire?	SI ZÉRO ► (2.21)	<input type="text"/>
(2.20)	Le résultat de cette évaluation des performances du personnel influence-t-il les salaires du personnel ou un salaire des performances?	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(2.21)	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois la performance générale de la formation sanitaire a-t-elle été évalué en externe, c'est à dire par des personnes étrangères à la formation sanitaire? ( voir 2,19)	SI ZÉRO ► (2.23)	<input type="text"/>
(2.22)	Le résultat de l'évaluation de la performance extérieure de la formation sanitaire influence-t-il le financement de la structure sanitaire ?	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(2.23)	La formation sanitaire recueille-t-elle des informations sur l'opinion des patients au moyen de sondages, plaintes , boîte à suggestions ou une autre méthode?	OUI 1 NON 2 ► (3.01)	<input type="text"/>
(2.24)	Y a-t-il un mécanisme officiel pour informer le personnel sur l'opinion des patients?	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(2.25)	Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des changements résultants des points de vue des patients?	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>

(3) Ressources humaines			
PERSONNE INTERROGÉE: Responsable des ressources humaines, Chef de la formation sanitaire ou le membre du personnel le mieux informé			
(A)	Gestion des ressources humaines	INSCRIRE LES REPONSES	
(3.01)	Qui a le pouvoir d'embaucher le nouveau personnel?  LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.  	Chef de la formation sanitaire	<input type="checkbox"/>
		Equipe cadre de zone (ECZ)?	<input type="checkbox"/>
		Ministère de la fonction publique	<input type="checkbox"/>
		Administration locale	<input type="checkbox"/>
		Organisation Non Gouvernementale	<input type="checkbox"/>
		Autorité religieuse	<input type="checkbox"/>
		Membres de la communauté	<input type="checkbox"/>
		COSA/CODI/COGES	<input type="checkbox"/>
		AUTRE, spécifiez	<input type="checkbox"/>
		(3.02)	Qui a le pouvoir de licencier le personnel?  LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.  
Equipe cadre de zone (ECZ)	<input type="checkbox"/>		
Ministère de la fonction publique	<input type="checkbox"/>		
Administration locale	<input type="checkbox"/>		
Organisation Non Gouvernementale	<input type="checkbox"/>		
Autorité religieuse	<input type="checkbox"/>		
Membres de la communauté	<input type="checkbox"/>		
COSA /CODI/COGES	<input type="checkbox"/>		
AUTRE, spécifiez	<input type="checkbox"/>		
(3.03)	Qui a le pouvoir de déterminer la rémunération du personnel?    LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.		
		Equipe cadre de zone (ECZ)	<input type="checkbox"/>
		Ministère de la fonction publique	<input type="checkbox"/>
		Administration locale	<input type="checkbox"/>
		Organisation Non Gouvernementale	<input type="checkbox"/>
		Autorité religieuse	<input type="checkbox"/>
		Membres de la communauté	<input type="checkbox"/>
		COSA /CODI/COGES	<input type="checkbox"/>
		AUTRE, spécifiez	<input type="checkbox"/>

POUR CHAQUE TYPE DE POSTE CI-DESSOUS, POSER DES QUESTIONS (3.04) à (3.06). SI ZÉRO, NOTER 0			
NATURE DU POSTE	(3.04)	(3.05)	(3.06)
	Combien de postes autorisés sont-ils disponibles au sein de la formation sanitaire pour [NATURE FONCTION/ TITRE] ?	Combien de postes autorisés pour [NATURE FONCTION/TITRE] sont actuellement occupés?	Au cours des 12 derniers mois, combien de [NATURE FONCTION/TITRE] ont-ils définitivement quitté la formation sanitaire?
Médecin Directeur, Infirmier Titulaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administrateur gestionnaire G3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accoucheur(se)s / Sage-femmes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administrateur gestionnaire L2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Agent d'entretien (technicien de surface)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aide-Soignant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ambulancier	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anesthésiste réanimateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
caissier (e)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chauffeur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chirurgien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chirurgien dentiste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comptable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Directeur de nursing	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Garçon/Fille de Salle (G/F Salle)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gardienn/ sentinelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gynécologue	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
huissier (planton)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmier A1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmier A2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmier L2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmier spécialiste anesthésiste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmier spécialiste en ORL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmier spécialiste Ophtalmogiste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmier spécialiste stomatologiste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmière / accoucheuse A0+ L2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmière / accoucheuse A1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmière / accoucheuse A2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmière / accoucheuse A3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Internistes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinésithérapeute	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logisticien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médecin (généraliste)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médecin (Autre spécialité)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morguier	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dietéticien / Nutritionnistes A2 / A1 / L2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ouvrier (plombier, électricien, jardinier, mécanicien, etc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pédiatre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personnel administratif	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personnel de maintenance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pharmacien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Préposé(e) à la pharmacie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Secrétaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Statisticien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Technicien d'assainissement A1 / L2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Technicien d'Hygiène	<input type="text"/>	02	<input type="text"/>
Techniciens (Autres) L2 / A1 / A2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Techniciens de Laboratoire A2 / A1 / L2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Techniciens en radiologie A1 / L2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autre à préciser			
------------------	--	--	--

(B)	Relais communautaire		INSCRIRE LES RÉPONSES
(3.07)	Combien de villages sont couverts par cette formation sanitaire?		_ _ _
(3.08)	L'aire de santé dispose-t-elle les Relais communautaires (RECO)?	OUI 1	_
		NON 2 ► (3.11)	
(3.09)	Combien de Relais communautaires sont actuellement actifs dans cette aire de santé? (Ecrire le nombre d'hommes et le nombre de femmes)	FEMME	_ _ _
		HOMME	_ _ _
(3.10)	<p><u>Au cours des 3 derniers mois</u>, un agent de santé de la formation sanitaire a-t-il effectué l'une des activités suivantes?</p> <p>LIRE TOUTES LES OPTIONS A HAUTE VOIX.</p> <p>NON.....2</p> <p>OUI.....1</p> 	Participer aux 3 réunions de CODESA	_
		Mener les activités de supervision des Relais communautaires (inspection lors des consultations)	_
		Renouveler les trousseaux de travail des Relais communautaires	_
		Assurer la formation des Relais communautaires et Appuyer la formation des Relais communautaires	_
		Recueillir et compiler les rapports mensuels d'activités des Relais Communautaires	_
		Appuyer des relais communautaire à la Promotion des programmes de santé spécifiques	_
		Autre à préciser	_
(3.11)	Existe-t-il les postes de santé dans votre aire de santé?	OUI 1	_
		NON 2 ► (4.00)	
(3.12)	Combien de postes de santé sont-ils dans l'aire de santé?		_ _ _
	Ecrire le nombre		

4 Liste du personnel												
OBJET: TOUS LES MEMBRES DU PERSONNEL, temporaires ou permanents, clinique ou non, en commençant par le chef de la formation sanitaire												
PERSONNE INTERROGÉE: Responsable de la formation sanitaire ou le membre du personnel le mieux informé												
(4.00)	(4.01)	(4.02)	(4.03)	(4.04)	(4.05)	(4.06)						
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14	ECRIRE LE NOM ET LE PRENOM DE TOUS LES MEMBRES DU PERSONNEL EN SERVICE DANS LA FORMATION SANITAIRE. Pour chaque employé, poser toutes les questions de cette section, puis passer au personnel suivant.	(nom) est un homme ou une femme?	Quel âge a [NOM]?	Quelle est la plus haute qualification académique que [NOM] a obtenu?	Quel poste occupe [NOM] au sein de cette formation sanitaire?	Quelle est le Grade de [NOM]						
					Cliniques	Non cliniques	Administrateur gestionnaire G3	01	Médecin Général	34		
					Médecin Directeur, Infirmier Titulaire	01	Administrateur gestionnaire G3	31	Accoucheur(se)s / Sage-femmes	02	Médecin des Hôpitaux 2e Echelon	35
					Aucune	01	Accoucheur(se)s / Sage-femmes	02	Administrateur gestionnaire L2	03	Médecin des Hôpitaux 1er Echelon	36
							Aide-Soignant	03	Agent d'entretien (technicien de surface)	04		34
					Certificat d'études primaires	02	Anesthésiste réanimateur	04	Ambulancier	05	Aide-Soignant	35
							Chirurgien	05	caissier ( e )	06	Dieteticien / Nutritionnistes A1	36
					Diplôme d'Etat	03	Chirurgien dentiste	06	Chauffeur	07	Anesthésiste réanimateur	37
					Graduat	04	Directeur de nursing	07	Comptable	08	Dieteticien / Nutritionnistes L2	37
					Licence	05	Garçon/Fille de Salle (G/F Salle)	08	Gardien/ sentinelle	09	Ouvrier (plombier, electricien, jardinier, r	38
					Doctorat en médecine	06	Gynécologue	09	huissier (planton)	10	Chauffeur	39
					Diplôme de spécialisation	07	Infirmier A1	10	Logisticien	11	Chirurgien	40
					DEA	08	Infirmier A2	11	Morguier	12	Chirurgien dentiste	41
							Infirmier L2	12	Ouvrier (plombier, électricien, jardinier, mécanicien, etc)	13	Personnel administratif	42
					AUTRE, PRÉCISER: ____	97		13	Personnel administratif	14	Comptable	43
							Infirmier spécialiste anesthésiste	14	Personnel de maintenance	15	Directeur de nursing	44
							Infirmier spécialiste en ORL	15	Secrétaire	16	Garçon/Fille de Salle (G/F Salle)	45
							Infirmier spécialiste Ophtalmogiste	16	Statisticien	17	Gardien/ sentinelle	46
							Infirmier spécialiste stomatologiste	17	Gynécologue	18	huissier (planton)	47
							Infirmière / accoucheuse A0 / L2	18	Technicien d'assainissement A1 / L2	19	Infirmier A1	48
							Infirmière / accoucheuse A1	19	Technicien d'Hygiène	20	Infirmier A2	49
							Infirmière / accoucheuse A2	20	Techniciens (Autres) L2 / A1 / A2	21	Infirmier L2	50
							Infirmière / accoucheuse A3	21	Autre à préciser	22	Infirmier spécialiste anesthésiste	51
							Internistes	22		23	Infirmier spécialiste en ORL	52
							Kinésithérapeute	23		24	Infirmier spécialiste Ophtalmogiste	53
							Médecin (généraliste)	24		25	Infirmier spécialiste stomatologiste	54
							Médecin (Autre spécialité)	25		26	Infirmière / accoucheuse A0 / L2	55
							Dieteticien / Nutritionnistes A2 / A1 / L2	26		27	Infirmière / accoucheuse A1	56
							Pédiatre	27		28	Infirmière / accoucheuse A2	97
							Pharmacien	28		29	Infirmière / accoucheuse A3	
							Préposé(e) à la pharmacie	29		30	Internistes	
							Techniciens de Laboratoire A2 / A1 / L2	30		31	Kinésithérapeute	
		Techniciens en radiologie A1 / L2	31			Logisticien						
		Autre (à préciser) ____	97									
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												



#### Section4 liste des personnels

(5) Laboratoire				
PERSONNE INTERROGÉE: TECHNICIEN DE LABORATOIRE OU MEMBRE DU PERSONNEL LE MIEUX INFORMÉ				
CODE D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE INTERROGÉE À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL				
(5.01)	La formation sanitaire fournit-elle des services de laboratoire?	OUI 1		_
		NON 2 ► (6.01)		
(A)	Tests de laboratoire			
		(5.02)	(5.03)	(5.04)
		Pour les examens suivants, veuillez nous dire si vous êtes en mesure de les effectuer aujourd'hui, si vous étiez capable de les faire il y a 3 mois mais pas aujourd'hui, ou tout simplement si vous ne pouvez pas le faire (que ce soit aujourd'hui ou il y a 3 mois). ENQUÊTEUR : INSCRIRE UNE RÉPONSE PAR EXAMEN.	Combien d'examens de [...] ont été réalisés au cours des 3 derniers mois?  ENQUÊTEUR : SI AUCUN, INSCRIRE "0". INSCRIRE UNE RÉPONSE PAR EXAMEN.	ENQUÊTEUR : INSCRIRE LA SOURCE DE RENSEIGNEMENTS. INSCRIRE UNE RÉPONSE PAR EXAMEN.
		Capable de faire ce test d'aujourd'hui 1		REGISTRES 1
		Capable de le faire les 3 derniers mois mais pas aujourd'hui 2		PAS DE REGISTRES DISPONIBLES, RAPPORT ORAL 2
		Incapable de faire cet examen que ce soit aujourd'hui ou durant les 3 derniers mois 3		
a.	Créatininémie	_	_ _	_
b.	Culture d'urines	_	_ _	_
c.	Dépistage de la syphilis (testVDRL/TPHA)	_	_ _	_
d.	ECBU	_	_ _	_
e.	Electrophorèse de l'hémoglobine	_	_ _	_
f.	Numération de la formule sanguine	_	_ _	_
g.	Ziehl sur crachat	_	_ _	_
h.	Frottis paludisme (frottis sanguin )	_	_ _	_
i.	goutte épaisse	_	_ _	_
j.	Test de dépistage rapide du paludisme	_	_ _	_
k.	Goutte épaisse calibrée	_	_ _	_
l.	Test d'EMMEL	_	_ _	_
M	Groupe sanguin/Rhesus	_	_ _	_
n.	Hémoculture	_	_ _	_
p	Recherche des parasites intestinaux dans les selles (KAOP)	_	_ _	_
r	Ionogramme	_	_ _	_
s	Test de coagulation(TC/TS)	_	_ _	_
t	Test de dépistage de l'hépatite B/C	_	_ _	_
u	Test de dépistage du VIH	_	_ _	_
v	Test de glycémie	_	_ _	_
W	Test rapide des urines sur bandelettes	_	_ _	_
X	Tests de fonction hépatique (ASAT, ALAT)	_	_ _	_
Y	Tests de grossesse	_	_ _	_
Z	Widal et Félix ( fièvre thyphoïde)	_	_ _	_
AA	Electrophorèse des proteine	_	_ _	_
AB	Prélèvement urétral	_	_ _	_
AC	PCV: Prelevement ( frottis) Cervico-Vaginal	_	_ _	_
AD	Examen de LCR (ECB , Biochimie)	_	_ _	_
AD	Autre	_	_ _	_

(5.05)	<p>À quelle heure de la journée commencez-vous à prélever les échantillons pour examen ?</p> <p>ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT SUIVANT. EX SI LE DÉBUT C'EST 7h, INSCRIRE 0700. SI C'EST 19 heures, INSCRIRE 1900.</p> <p>SI LE PRELEVEMENT NE SE FAIT PAS EN CE JOUR, NOTEZ 9999</p>	Jours ouvrables	<input type="text"/>
		Samedi	<input type="text"/>
		Dimanche	<input type="text"/>
		Jours fériés	<input type="text"/>
(5.06)	<p>À quelle heure de la journée arrêtez-vous de prélever les échantillons pour examen ?</p> <p>ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT SUIVANT. EX SI LE DÉBUT C'EST 7h, INSCRIRE 0700. SI C'EST 19 heures, INSCRIRE 1900.</p> <p>SI LE PRELEVEMENT NE SE FAIT PAS EN CE JOUR, NOTEZ 9999</p>	Jours ouvrables	<input type="text"/>
		Samedi	<input type="text"/>
		Dimanche	<input type="text"/>
		Jours fériés	<input type="text"/>
(5.07)	<p>À quelle heure de la journée commencez-vous les rendus des examens de laboratoire ?</p> <p>ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT SUIVANT. EX SI LE DÉBUT C'EST 7h, INSCRIRE 0700. SI C'EST 19 heures, INSCRIRE 1900.</p> <p>SI LE RENDU DES RESULTATS NE SE FAIT PAS EN CE JOUR, NOTEZ 9999</p>	Jours ouvrables	<input type="text"/>
		Samedi	<input type="text"/>
		Dimanche	<input type="text"/>
		Jours fériés	<input type="text"/>
(5.08)	<p>À quelle heure de la journée arrêtez-vous les rendus des examens de laboratoire</p> <p>ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT SUIVANT. EX SI LE DÉBUT C'EST 7h, INSCRIRE 0700. SI C'EST 19 heures, INSCRIRE 1900.</p> <p>SI LE RENDU DES RESULTATS NE SE FAIT PAS EN CE JOUR, NOTEZ 9999</p>	Jours ouvrables	<input type="text"/>
		Samedi	<input type="text"/>
		Dimanche	<input type="text"/>
		Jours fériés	<input type="text"/>
(B)	Équipement de laboratoire	INSCRIRE LES RÉPONSES	
(5.09)	Où est situé l'équipement de laboratoire?	Dans un local réservé uniquement pour le laboratoire	1
		Dans une salle également utilisée pour d'autres activités	2
(5.10)	<p>ENQUÊTEUR : Inscrire le nombre de chaque équipement FONCTIONNEL. INSCRIRE UNE RÉPONSE PAR EQUIPEMENT. INSCRIRE "98" SI L'EQUIPEMENT NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.</p>	a. Microscope	<input type="text"/>
		b. Centrifugeuse ( électrique ou manuelle)	<input type="text"/>
		c. Hémoglobinomètre	<input type="text"/>
		d. Réfrigérateur pour le stockage des réactifs	<input type="text"/>
		e. Incubateur de sang	<input type="text"/>
		f. Compteur de CD4 (tout appareil pour comptage CD4)	<input type="text"/>
		g. Incubateur pour selles/urines	<input type="text"/>
		h. Automate (Hématologie, bio chimie)	<input type="text"/>
		i. Autre, spécifier	<input type="text"/>
(5.11)	<p>Existe-t-il un registre de laboratoire pour les cas de tuberculose? ENQUÊTEUR: SI OUI, DEMANDEZ A LE VOIR</p>	OUI, VU	1
		OUI, PAS VU	2
		NON	3
(5.12)	Combien de techniciens de laboratoire sont formés en microscopie de bacilles acido alcool-résistants (recherche de BAAR)? ENQUÊTEUR : VÉRIFIEZ QUE LE NOMBRE NE DEPASSE LE NOMBRE TOTAL DE TECHNICIENS DE LABORATOIRE	<input type="text"/>	

(6) Services			
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU LE MEMBRE DU PERSONNEL LE MIEUX INFORMÉ			
(A)	Services de vaccination	INSCRIRE LES RÉPONSES	
(6.01)	Cette formation sanitaire offre-t-elle des services de vaccination?	OUI 1 NON 2 ► (6.19)	
(6.02)	Pendant combien d'heures la formation sanitaire offre-t-elle des services de vaccination les jours suivants (stratégie fixe)?  ENQUÊTEUR : POUR CHACUN DES JOURS, INSCRIRE LE NOMBRE D'HEURES PENDANT LESQUELLES CE SERVICE EST OFFERT. SI CE SERVICE N'EST PAS OFFERT, INSCRIRE "00".	a. Lundi b. Mardi c. Mercredi d. Jeudi e. Vendredi f. Samedi	_ _    _ _    _ _    _ _    _ _    _ _
(6.03)	Existe-t-il un espace ou une salle prévu pour les vaccinations?	OUI 1 NON 2	_ _
(6.04)	Les vaccinations sont-elles faites aux enfants et aux femmes enceintes au sein de la formation sanitaire ou pendant les activités de sensibilisation?	Exclusivement au sein de la formation sanitaire 1 Seulement lors des activités de sensibilisation hors de la formation sanitaire 2 Au sein de la formation sanitaire et lors des activités de sensibilisation 3	_ _
(6.05)	Existe-t-il un plan de sensibilisation pour la vaccination pour l'année 2015?	OUI 1 NON 2	_ _
(6.06)	Existe-t-il un calendrier de stratégie avancée de vaccination?	OUI 1 NON 2	_ _
(6.07)	Combien de séances de stratégies avancées de vaccination ont été mené au cours des 30 derniers jours?		_ _
(6.08)	Quelle était la cible pour la sensibilisation?	A. Mères des enfants de 0 à 5 ans B. les femmes des tontines C. les femmes venues consulter à l'hôpital D. Autres à préciser	_ _    _ _    _ _    _ _
(6.09)	Au cours des 30 derniers jours, combien de séances de sensibilisation sur la vaccination ont été mené dans la communauté?		_ _
(6.10)	Parmi ces matériels de la chaîne du froid, lesquels sont disponible dans votre formation sanitaire? (déterminez le nombre) ENQUÊTEUR : SI C'EST ZERO, INSCRIRE "00".	a. Glacière b. Frigo (pour vaccins) c. Porte-vaccins d. Congelateur e. Autre	_ _    _ _    _ _    _ _    _ _
(6.11)	Le générateur de froid est-il équipé d'un thermomètre?	OUI, VU OUI, PAS VU NON	_ _
(6.12)	Existe-t-il une fiche de relevés des variations de température biquotidienne? ENQUÊTEUR : SI OUI, DEMANDEZ À VOIR LA FEUILLE DE TEMPÉRATURE	OUI, VU 1 OUI, PAS VU 2 NON 3 ► (6.16)	_ _
(6.13)	Pendant les 7 derniers jours, pendant combien de jours la température a-t-elle été consignée? OBSERVATION DIRECT SUR LA FEUILLE		_ _
(6.14)	Au cours des 7 derniers jours, combien de fois au total est-ce que la température a été consignée? OBSERVATION DIRECT SUR LA FEUILLE		_ _
(6.15)	Pendant les 7 derniers jours, combien de fois avez-vous consigné des températures au-delà de 8°C ou en dessous de 2°C? OBSERVATION DIRECT SUR LA FEUILLE		_ _
(6.16)	Est-ce que chaque enfant qui commence son calendrier de vaccination reçoit une carte de vaccination?	OUI 1 NON 2 ► (6.19)	_ _
(6.17)	Où sont gardées les cartes de vaccination après le début du calendrier de vaccination?	Remis au parent ou à son substitut 1 ► (6.19) Gardé à la formation sanitaire 2	_ _
(6.18)	Pouvez-vous me montrer des cartes qui appartiennent à des patients précis?	VU 1 PAS VU 2	_ _

(B)	Services de soins prénatals (Consultations prénatales-CPN)	INSCRIRE LES RÉPONSES
(6.19)	Cette formation sanitaire fournit-elle des services de consultations prénatales?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (6.30)</div>
(6.20)	Combien d'heures de consultations prénatales par jours la formation sanitaire organise-t-elle?  ENQUÊTEUR : POUR CHACUN DES JOURS, INSCRIRE LE NOMBRE D'HEURES PENDANT LESQUELLES CE SERVICE EST OFFERT. SI CE SERVICE N'EST PAS OFFERT, INSCRIRE "00".	<div>a. Lundi</div> <div>b. Mardi</div> <div>c. Mercredi</div> <div>d. Jeudi</div> <div>e. Vendredi</div> <div>f. Samedi</div> <div>g. Dimanche</div>
(6.21)	Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours la formation sanitaire a-t-elle offert les soins prénatales?	Maximum de 30 jours
(6.22)	Pendant les 6 derniers mois, combien de réunions est-ce que la formation sanitaire a tenu avec les matrones (accoucheuse villageoises sans formation) ?	
(6.23)	Pendant les 6 derniers mois, combien de séances de sensibilisation communautaire ont été menées sur les consultations prénatales?	
(6.24)	Prescrivez-vous du fer, de l'acide folique de façon systématique pendant les CPN ? ENQUÊTEUR :VÉRIFIER LES REGISTRES. S'IL N'Y A PAS DE REGISTRES, DEMANDER AU RESPONSABLE. INSCRIRE LES RÉPONSES EN TENANT COMPTE DU FAIT QUE VOUS AVEZ CONSULTÉ LES REGISTRES OU NON.	<div>REGISTRES CONSULTÉS : Tout le temps 1</div> <div>REGISTRES CONSULTÉS: PARFOIS 2</div> <div>REGISTRES CONSULTÉS: Rarement ou jamais 3</div> <div>REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Tout le temps 4</div> <div>REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Parfois 5</div> <div>REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Rarement ou jamais 6</div>
(6.25)	Prescrivez-vous du Sulfadoxine pyriméthamine de façon systématique pendant les CPN ?  ENQUÊTEUR :VÉRIFIER LES REGISTRES. S'IL N'Y A PAS DE REGISTRES, DEMANDER AU RESPONSABLE. INSCRIRE LES RÉPONSES EN TENANT COMPTE DU FAIT QUE VOUS AVEZ CONSULTÉ LES REGISTRES OU NON.	<div>REGISTRES CONSULTÉS : Tout le temps 1</div> <div>REGISTRES CONSULTÉS: PARFOIS 2</div> <div>REGISTRES CONSULTÉS: Rarement ou jamais 3</div> <div>REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Tout le temps 4</div> <div>REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Parfois 5</div> <div>REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Rarement ou jamais 6</div>
(6.26)	Prescrivez-vous du Mebendazole de façon systématique pendant les CPN ?  ENQUÊTEUR :VÉRIFIER LES REGISTRES. S'IL N'Y A PAS DE REGISTRES, DEMANDER AU RESPONSABLE. INSCRIRE LES RÉPONSES EN TENANT COMPTE DU FAIT QUE VOUS AVEZ CONSULTÉ LES REGISTRES OU NON.	<div>REGISTRES CONSULTÉS : Tout le temps 1</div> <div>REGISTRES CONSULTÉS: PARFOIS 2</div> <div>REGISTRES CONSULTÉS: Rarement ou jamais 3</div> <div>REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Tout le temps 4</div> <div>REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Parfois 5</div> <div>REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Rarement ou jamais 6</div>
(6.27)	Les femmes qui viennent à la formation sanitaire pour les consultations prénatales reçoivent-elles des fiches de Consultations prénatales ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (6.30)</div>
(6.28)	Où est gardée la fiche de Consultations prénatales une fois qu'elle a été délivrée à la mère?	<div>Remise à la mère afin qu'elle l'apporte à la prochaine visite 1 ► (6.30)</div> <div>Gardée au sein de la formation sanitaire 2</div> <div>Un exemplaire est remis à la mère et l'autre gardé à l'hôpital 3</div>
(6.29)	Pouvez-vous me montrer des fiches qui appartiennent à des patientes précises ?	<div>VU 1</div> <div>PAS VU 2</div>

(C) Services liés à l'accouchement et au post-partum (après accouchement)		INSCRIRE LES RÉPONSES
(6.30)	Les tâches liées à l'accouchement sont-elles exécutées par la formation sanitaire?	OUI 1
		NON 2 ► (6.34)
(6.31)	Le personnel de la formation sanitaire offre-t-il les services liés à l'accouchement au sein de la formation sanitaire ou bien dans la communauté?  NOTEZ POUR CHAQUE TÂCHE OU ILS SONT OFFERTS EN FONCTION DES CODES CI-DESSOUS  Exclusivement au sein de la formation sanitaire.....1  Non applicable..... 99	a. Administrer des antibiotiques par voie orale
		b. Administrer des médicaments utérotoniques par voie parentérale
		c. Administrer des anticonvulsants par voie parentérale
		d. Délivrance artificielle du placenta
		e. Faire l'extraction des produits résiduels (revision utérine)
		f. Pratiquer un accouchement par voie basse assisté
		g. Pratiquer une réanimation néonatale
		h. Pratiquer des transfusions sanguines
		i. Administrer les anti-hypertenseurs par voie orale/parentérale
		(6.32)
(6.33)	Pourquoi?	Absence de personnel qualifié 1
		Problème d'intrant 2
		Problème d'équipement 3
(6.34)	Cette formation sanitaire offre-t-elle des soins du post-partum?	OUI 1 NON 2 ► (6.40)
	(6.35)	Les soins du post-partum sont-ils offerts :
(6.36)	Parmi les accouchées de 30 derniers jours, combien ont reçu les soins du post-partum ?	
(6.37)	Pendant les 6 derniers mois, la formation sanitaire a-t-elle tenu combien de séances de sensibilisation sur les soins post-partum?	
(6.38)	Pendant les 12 derniers mois, la formation sanitaire a enregistré combien de cas de décès maternels? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.	
(6.39)	Pendant les 12 derniers mois, la formation sanitaire a enregistré combien de cas de décès maternels dans la communauté ? (exclure les cas enregistrés à l'hôpital)	
(D) Services liés à la tuberculose		INSCRIRE LES RÉPONSES
(6.40)	Quels sont les services liés à la tuberculose qu'offre cette formation sanitaire?	Seulement des services relatifs au diagnostic 01
		Seulement des services liés au traitement 02
		A la fois des services de diagnostic et de traitement 03
		AUCUN 04 ► (6.50)

(6.41)	Y a-t-il un local réservé à la tuberculose dans la formation sanitaire? ENQUÊTEUR : LE COIN TUBERCULOSE EST UN ENDROIT DANS LA FORMATION SANITAIRE OÙ LES MALADES ATTEINTS DE TUBERCULOSE SONT CONSULTÉS ET TRAITÉS.	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(6.42)	Pendant combien d'heures la formation sanitaire offre-t-elle des services liés à la tuberculose pour chacun des jours suivants ?  ENQUÊTEUR : POUR CHACUN DES JOURS, INSCRIRE LE NOMBRE D'HEURES PENDANT LESQUELLES CE SERVICE EST OFFERT. SI CE SERVICE N'EST PAS OFFERT, INSCRIRE "00".	a. Lundi b. Mardi c. Mercredi d. Jeudi e. Vendredi f. Samedi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(6.43)	Qui gère le service de tuberculose dans cette formation sanitaire?	Personnel de la formation sanitaire non formé en PATI4 1 Personnel de la formation sanitaire formé en PATI4 2	<input type="text"/>
(6.44)	Existe-t-il un registre de tuberculose? SI OUI, DEMANDEZ À LE VOIR.	Oui, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	<input type="text"/>
(6.45)	Existe-t-il un registre de laboratoire pour des cas de tuberculose? SI OUI, DEMANDEZ À LE VOIR.	Oui, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	<input type="text"/>
(6.46)	Les patients qui viennent pour le traitement de la tuberculose reçoivent-ils une carte de traitement de la tuberculose?	OUI 1 NON 2 ► (6.50)	<input type="text"/>
(6.47)	Est-ce que la stratégie DOT'S est-elle respectée?	OUI 1 NON 2	
(6.48)	Où sont gardées les cartes de traitement de la tuberculose une fois délivré à un patient?	Remise au patient afin qu'elle/l'apporte à la prochaine visite 1 ► (6.50) Gardée au sein de la formation sanitaire 2 Un exemplaire est remis au malade et l'autre gardé à l'hôpital 3	<input type="text"/>
(6.49)	Pouvez-vous me montrer des cartes qui appartiennent à des patients précis?	VU 1 PAS VU 2	<input type="text"/>
(E)	Services liés au paludisme		INSCRIRE LES RÉPONSES
(6.50)	Au cours des 6 derniers mois, combien de cas suspects, de paludisme ont été enregistrés dans la formation sanitaire? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.		<input type="text"/>
(6.51)	Au cours des 6 derniers mois, combien de cas de Paludisme à Plasmodium Falciparum (PF) ont été indiqués par Test de Dépistage Rapide dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.		<input type="text"/>
(6.52)	Au cours des 6 derniers mois, combien de cas de Paludisme à Plasmodium Falciparum (PF) ont été confirmés par le laboratoire dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.		<input type="text"/>
(6.53)	Au cours des 6 derniers mois, combien de cas de paludisme (tous les types) ont été traités à l'aide d'une association thérapeutique à base d'Artémisine (ACT)? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.		<input type="text"/>
(6.54)	Au cours des 6 derniers mois, combien de doses d'ACT ont été distribuées dans le cadre du traitement gratuit des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans ?		<input type="text"/>
(6.55)	Est-ce que la formation sanitaire fournit un traitement selon les directives nationales de traitement du paludisme? ENQUÊTEUR: SI OUI, DEMANDEZ À VOIR LES DIRECTIVES.	Oui, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	<input type="text"/>
(6.56)	La moustiquaire imprégnée est-elle distribuée gratuitement aux femmes enceintes et/ou aux enfants de moins de douze mois dans cette formation sanitaire ?	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(6.57)	Combien de moustiquaires avez-vous distribué dans votre zone d'intervention au cours des 6 derniers mois ?		<input type="text"/>
(6.58)	Y a-t-il des moustiquaires imprégnées d'insecticide disponibles dans cette formation sanitaire actuellement? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI 1 NON 2	<input type="text"/>
(F)	Services liés à la Planification Familiale		INSCRIRE LES RÉPONSES
(6.59)	Cette formation sanitaire fournit-elle des services de Planification Familiale?	OUI 1 ► (7.01) NON 2	<input type="text"/>
(6.60)	Est-ce que la FOSA réfère les Usagers aux autres formation sanitaires pour les services de Planification familiale?	OUI 1 NON 2 ► (7.01)	<input type="text"/>
(6.61)	Où est-ce que la Formation sanitaire réfère-t-elle pour les services de Planifications Familiales?	Cliniques Universitaires 1 Hôpital Provincial Général de Référence 2 Hôpital Général de Référence de zone 3 Centre de santé de Référence 4 Centre de santé 5	<input type="text"/>





(7) Gestion de l'Information Sanitaire			INSCRIRE LES RÉPONSES
PERSONNE INTERROGÉE: Responsable de la formation sanitaire ou le membre du personnel le mieux informé			
(7.01)	Connaissez-vous la taille de la population desservie par votre formation sanitaire?	OUI 1 NON 2 ► (7.03)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
(7.02)	Combien de personnes ? [CATÉGORIE DE POPULATION]	a. Population totale b. Population totale des femmes enceintes attendues c. Population totale des femmes âgées entre 15 et 49 ans d. Total population 0 à 59 mois	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
ENQUÊTEUR : S'IL N'Y A PAS DE DONNÉES POUR CERTAINES CATÉGORIES, INSCRIRE 9999 POUR CES CATÉGORIES.			
Maintenant, je voudrais voir le registre qui indique le nombre total de patients ayant consulté dans cette formation sanitaire au cours du dernier mois			INSCRIRE LES RÉPONSES
(7.03)	Nombre TOTAL de patients		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
(7.04)	Nombre TOTAL de femmes enceintes		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
(7.05)	Nombre TOTAL de patients âgés de moins de 5 ans		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
(7.06)	Nombre TOTAL de patients âgés de moins d'1 an		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
(7.07)	Nombre de patients âgés de plus de 0-59 mois		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
(7.08)	Naissances CS		
(7.09)	Naissances vivantes		
(7.10)	Nouveaux-nés à terme		
(7.11)	Nouveaux-nés à terme < 2 500 g		
(7.12)	Décès nouveau-nés ≤ 28 jours		
(7.13)	Décès maternels		
(7.14)	Décès maternels audités		
(7.15)	Accouchements assistés		
(7.16)	Décès nouveau-nés ≤ 7 jours		
(7.17)	Nouveaux-nés mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement		
(7.18)	Décès maternels dans la communauté		
(7.19)	Décès maternels dans la communauté audités		
(7.20)	Rapport mensuel d'activités (RMA)	VU, dûment rempli 1 VU, PAS REMPLI 2 EXISTE, PAS VU 3 N'EXISTE PAS 4	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
(7.21)	Rapport mensuel d'activités du Programme élargi de vaccination (RMA PEV)	VU, dûment rempli 1 VU, PAS REMPLI 2 EXISTE, PAS VU 3 N'EXISTE PAS 4	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>

(7.22)	Rapport sur la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire	VU, dûment rempli	1	_
		VU, PAS REMPLI	2	
		EXISTE, PAS VU	3	
		N'EXISTE PAS	4	
(7.23)	Rapport mensuel sur les IST/VIH/SIDA	VU, dûment rempli	1	_
		VU, PAS REMPLI	2	
		EXISTE, PAS VU	3	
		N'EXISTE PAS	4	
(7.24)	Rapport sur la Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	VU, dûment rempli	1	_
		VU, PAS REMPLI	2	
		EXISTE, PAS VU	3	
		N'EXISTE PAS	4	
(7.25)	Registre de planification familiale	VU, dûment rempli	1	_
		VU, PAS REMPLI	2	
		EXISTE, PAS VU	3	
		N'EXISTE PAS	4	
(7.26)	Registre de consultations prénatales	VU, dûment rempli	1	_
		VU, PAS REMPLI	2	
		EXISTE, PAS VU	3	
		N'EXISTE PAS	4	
(7.27)	Registre des accouchements	VU, dûment rempli	1	_
		VU, PAS REMPLI	2	
		EXISTE, PAS VU	3	
		N'EXISTE PAS	4	

(8) L'utilisation des services de santé conformément au SNIS																	
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU MEMBRE DU PERSONNEL LE MIEUX INFORMÉ																	
Je voudrais vous poser quelques questions sur les services de santé disponibles.																	
(8.04)																	
POSER LES QUESTIONS DE (8.01) A (8.04) POUR CHACUN DES SERVICES AVANT LE SERVICE SUIVANT.																	
<div> <div> (8.01)  Celle formation sanitaire fournit - elle (SERVICE) en son sein et/ou pendant les activités de stratégie avancée ?  ENQUÊTEUR : INSCRIRE A LA FOIS POUR LA FORMATION SANITAIRE ET POUR LA STRATEGIE AVANCEE.   OUI 1  NON 2 </div> <div> (8.02)  Combien de jours par semaine ce service est-il offert?   ENQUÊTEUR : SI SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT, INSCRIRE 8, SI SANS OBJET, INSCRIRE "9" </div> <div> (8.03)  Quel est le montant total en Frs Congolais exigé pour ce type de service?  ENQUÊTEUR : SI AUCUN FRAIS, INSCRIRE «00». SI SANS OBJET, INSCRIRE "999 999" </div> </div>																	
<div> <div> Frs Congolais  a. Au sein de la Formation Sanitaire  b. Stratégie avancée </div> <div> c. UNITÉ  a. Au sein de la Formation Sanitaire  b. Stratégie avancée </div> <div> MOIS 1: le plus éloigné  INTERNE  EXTERNE </div> <div> MOIS 2  INTERNE  EXTERNE </div> <div> MOIS 3  INTERNE  EXTERNE </div> <div> MOIS 4  INTERNE  EXTERNE </div> <div> MOIS 5  INTERNE  EXTERNE </div> <div> MOIS 6: le plus récent  INTERNE  EXTERNE </div> </div>																	
Planning familial / clinique																	
1	Pillule contraceptive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Injectables/ Depo-Provera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Insertion d'implant/Norplant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Préservatifs masculins (il s'agit ici pas de l'achat mais de la consultation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Préservatifs féminins (il s'agit ici pas de l'achat mais de la consultation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Dispositif intra-utérin (DIU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Stérilisation féminine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Stérilisation masculine (Vasectomie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Diaphragme / Collier du cycle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Pillule du lendemain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Inj. Norestera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Spermicides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	MAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	MAO confirmé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Traitement Infertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accouchement au sein de la formation sanitaire																	
16	Accouchement spontané par voie basse (eutocique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Accouchement par césarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Accouchement dystocique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Accouchement à domicile assisté par un personnel qualifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Soins post-nataux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Mère ayant bénéficié de la GATPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccinations de Routine (il s'agit ici de la séance de Vaccination et pas du vaccin en tant que consommable)																	
22	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	VPO 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	VPO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	VPO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	VPO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	DTC-HepB Hib1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	DTC-HepB Hib2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	DTC-HepB Hib3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	PCV-13 (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	PCV-13 (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	PCV-13 (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	VAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	VAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	VITAMINE A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Code de Services		(8.01)		(8.02)	(8.03)		UNITÉ	(8.04)											
		a. Au sein de la Formation Sanitaire	b. Stratégie avancée	JOURS / SEMAINE	FCFA			MOIS 1 : le plus éloigné		MOIS 2		MOIS 3		MOIS 4		MOIS 5		MOIS 6 : le plus récent	
					a. Au sein de la Formation Sanitaire	b. Stratégie avancée		INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE
		cette formation sanitaire offre des services de [SERVICE] en son sein et/ou pendant les activités de stratégie avancée ? ENQUÊTEUR : INSCRIRE A LA FOIS POUR LA FORMATION SANITAIRE ET POUR LA STRATEGIE AVANCEE.		Combien de jours par semaine ce service est-il offert ?  ENQUÊTEUR : SI SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT, INSCRIRE "8". SI SANS OBJET, INSCRIRE "9"	Quel est le montant total en FCFA exigé pour ce type de service ? ENQUÊTEUR : SI AUCUN FRAIS, INSCRIRE «0». SI SANS OBJET, INSCRIRE "999 999"			ENQUÊTEUR : POUR CHAQUE SERVICE, INSCRIRE LE NOMBRE TOTAL MENSUEL DE MALADES HOSPITALISÉS ET DE CONSULTATIONS EXTERNES LISTÉS DANS LE REGISTRE, POUR LES 6 DERNIERS MOIS PRÉCÉDANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE (EX. SI AUJOURD'HUI C'EST LE 13 SEPTEMBRE, INSCRIRE LES PATIENTS DE LA PÉRIODE ALLANT DU 1er MARS AU 31 AOÛT, AFIN DE COUVRIR 6 MOIS COMPLETS). SI SANS OBJET, INSCRIRE "999"  2. S'il vous plaît noter le nombre total de patients inscrits dans le registre pendant les 6 derniers mois, en commençant par le dernier mois.											
	Soins curatifs et préventifs																		
36	Soins curatifs par medecin			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
37	Soins curatifs par infirmier / Sage-femme			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
38	Soins curatifs par Agent de santé communautaire			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
39	Test de diagnostic rapide du paludisme			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par test	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
40	Diagnostic en laboratoire du paludisme			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par analyse	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
41	Traitement du paludisme par une polythérapie à base d'artémunate (ACT)			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
42	Diagnostic en laboratoire de la tuberculose			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par nouveau cas	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
43	Traitement de la tuberculose			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
44	Consultations prénatales (CPN)			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
45	Transfusion de sang			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par acte	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
46	Prise en charge de la malnutrition			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par traitement sous surveillance directe	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
	Services liés aux infections sexuellement transmissibles																		
47	counseling (Conseil pour le Dépistage Initiale par le Prestataire DCIP) et distribution des preservatifs			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
48	Diagnostic, traitement selon l'approche syndromique			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
Services VIH / SIDA																			
49	Conseil et Dépistage Volontaire			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
50	Prevention de la transmission du VIH / Sida de la mère à l'enfant (PTME)			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
51	Prophylaxie post-expositionnelle																		
52	Traitement Antirétroviral (ARV)			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
53	Soins d'urgence dans les 72 heures (en cas de viol)			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par visite	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
54	Séjour à l'hôpital			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par jour	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
55	Evacuation en ambulance vers un autre centre de référence			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par transport	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
Services Prescolaire																			
56	Consultation Prescolaire			□	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	par transport	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □

(9) FRAIS DES PRESTATIONS ET DES MEDICAMENTS		INSCRIRE LES RÉPONSES																								
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU LE MEMBRE DU PERSONNEL LE MIEUX INFORMÉ																										
(9.01)	Quel est le mode de paiement pour la consultation curative dans la Formation Sanitaire	<table border="1"> <tr> <td>Episode</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Acte</td> <td>2</td> </tr> </table>	Episode	1	Acte	2																				
Episode	1																									
Acte	2																									
(9.02)	Les patients paient-ils les frais de consultation ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2																				
OUI	1																									
NON	2																									
(9.03)	Les patients paient-ils les frais de laboratoire pour les examens ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANS OBJET</td> <td>9</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2	SANS OBJET	9																		
OUI	1																									
NON	2																									
SANS OBJET	9																									
(9.04)	Les patients paient-ils les frais de radiographie/imagerie médicale ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANS OBJET</td> <td>9</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2	SANS OBJET	9																		
OUI	1																									
NON	2																									
SANS OBJET	9																									
(9.05)	Les patients paient-ils les frais d'hospitalisation / Observation ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2																				
OUI	1																									
NON	2																									
(9.06)	Les patients paient-ils les frais pour les consommables (ex : compresses, seringues, etc)?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2																				
OUI	1																									
NON	2																									
(9.07)	Les patients paient-ils les frais pour les médicaments?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ► (9.10)</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2 ► (9.10)																				
OUI	1																									
NON	2 ► (9.10)																									
(9.08)	Quelle est la marge bénéficiaire moyenne perçue sur les médicaments vendus ? ENQUÊTEUR : ENREGISTRER LE POURCENTAGE SANS LE SIGNE «%», JUSTE COMME UN NOMBRE.	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																								
(9.09)	Ce pourcentage est-il calculé sur la base des prix de gros ou de détail?	<table border="1"> <tr> <td>Gros</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Détail</td> <td>2</td> </tr> </table>	Gros	1	Détail	2																				
Gros	1																									
Détail	2																									
(9.10)	Qui fixe les prix des médicaments ?  ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	<table border="1"> <tr> <td>a. Chef de la formation sanitaire / personne en charge de la formation sanitaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Personnel de la formation sanitaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Ministère de la Santé (Siège)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. DPS / ECZS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Relais communautaire ou leur représentant /leader</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Membres de la communauté</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. Comité Directeur/gestion/santé (COSACODI/COGES)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>i. Autre, spécifiez</td> <td></td> </tr> </table>	a. Chef de la formation sanitaire / personne en charge de la formation sanitaire		b. Personnel de la formation sanitaire		d. Ministère de la Santé (Siège)		e. DPS / ECZS		f. Relais communautaire ou leur représentant /leader		g. Membres de la communauté		h. Comité Directeur/gestion/santé (COSACODI/COGES)		i. Autre, spécifiez									
a. Chef de la formation sanitaire / personne en charge de la formation sanitaire																										
b. Personnel de la formation sanitaire																										
d. Ministère de la Santé (Siège)																										
e. DPS / ECZS																										
f. Relais communautaire ou leur représentant /leader																										
g. Membres de la communauté																										
h. Comité Directeur/gestion/santé (COSACODI/COGES)																										
i. Autre, spécifiez																										
(9.11)	Pendant les 3 derniers mois, à quelle fin est-ce que la formation sanitaire a utilisé les revenus des frais imposables aux usagers?  ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	<table border="1"> <tr> <td>a. Infrastructure de la formation sanitaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Achat d'équipement et de fournitures pour la formation sanitaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Médicaments</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Activités du plan d'action de la formation sanitaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Consultations et médicaments des personnes indigentes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Les salaires du personnel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Des primes au rendement du personnel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. Autre, spécifiez</td> <td></td> </tr> </table>	a. Infrastructure de la formation sanitaire		b. Achat d'équipement et de fournitures pour la formation sanitaire		c. Médicaments		d. Activités du plan d'action de la formation sanitaire		e. Consultations et médicaments des personnes indigentes		f. Les salaires du personnel		g. Des primes au rendement du personnel		h. Autre, spécifiez									
a. Infrastructure de la formation sanitaire																										
b. Achat d'équipement et de fournitures pour la formation sanitaire																										
c. Médicaments																										
d. Activités du plan d'action de la formation sanitaire																										
e. Consultations et médicaments des personnes indigentes																										
f. Les salaires du personnel																										
g. Des primes au rendement du personnel																										
h. Autre, spécifiez																										
(9.12)	Les personnes suivantes sont-elles exonérées de certains frais?  ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	<table border="1"> <tr> <td>a. Veuves</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Les enfants de moins de 5 ans</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Personnes âgées (plus de 60 ans)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Orphelins</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Les patients tuberculeux</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Les malades du VIH/SIDA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Les indigents / plus pauvres</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. Les personnes physiquement handicapées</td> <td></td> </tr> <tr> <td>i. Le personnel militaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>j. Les femmes enceintes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>k. Les Réfugiés</td> <td></td> </tr> <tr> <td>l. Autre, spécifiez</td> <td></td> </tr> </table>	a. Veuves		b. Les enfants de moins de 5 ans		c. Personnes âgées (plus de 60 ans)		d. Orphelins		e. Les patients tuberculeux		f. Les malades du VIH/SIDA		g. Les indigents / plus pauvres		h. Les personnes physiquement handicapées		i. Le personnel militaire		j. Les femmes enceintes		k. Les Réfugiés		l. Autre, spécifiez	
a. Veuves																										
b. Les enfants de moins de 5 ans																										
c. Personnes âgées (plus de 60 ans)																										
d. Orphelins																										
e. Les patients tuberculeux																										
f. Les malades du VIH/SIDA																										
g. Les indigents / plus pauvres																										
h. Les personnes physiquement handicapées																										
i. Le personnel militaire																										
j. Les femmes enceintes																										
k. Les Réfugiés																										
l. Autre, spécifiez																										

(9.13)	Qui décide d'exonérer les patients du paiement de certains frais?           ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a. Chef de la formation sanitaire / personne en charge de la formation sanitaire	<input type="checkbox"/>
		b. Personnel de la formation sanitaire	<input type="checkbox"/>
		c. Personnel d'Organisation Non Gouvernementale	<input type="checkbox"/>
		d. Ministère de la Santé (Siège)	<input type="checkbox"/>
		e. Division provinciale de la Santé	<input type="checkbox"/>
		f. Communes	<input type="checkbox"/>
		g. Action sociale	<input type="checkbox"/>
		h. Relais communautaire ou leur représentant /leader	<input type="checkbox"/>
		i. Membres de la communauté	<input type="checkbox"/>
		j. Comité de Gestion	<input type="checkbox"/>
		k. Autre, spécifiez:	<input type="checkbox"/>
(9.14)	Les patients exonérés de frais reçoivent-ils une carte spéciale qui leur permet de recevoir des services gratuitement?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>
(9.15)	Cette formation sanitaire participe-t-elle à une régime d'assurance maladie / mutuelle de santé?	OUI 1 NON 2 ► (10.01)	<input type="checkbox"/>
(9.16)	Quel type d'assurance maladie?	Publique 1	<input type="checkbox"/>
		Privée 2	
		Les deux 3	
(9.17)	Quels sont les services couverts par ce régime d'assurance-maladie?           ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a. Consultation de nourrisson (y compris la vaccination)	<input type="checkbox"/>
		b. Soins aux enfants malades	<input type="checkbox"/>
		c. Soins aux malades externes adultes	<input type="checkbox"/>
		d. La consultation prénatale	<input type="checkbox"/>
		e. Soins d'accouchement	<input type="checkbox"/>
		f. Les soins post-partum	<input type="checkbox"/>
		g. Hospitalisations et soins aux patients hospitalisés	<input type="checkbox"/>
		h. Examens de laboratoire	<input type="checkbox"/>
		i. Radiographie	<input type="checkbox"/>
		j. Références/Evacuations	<input type="checkbox"/>
		k. Autre, spécifiez:	<input type="checkbox"/>
(9.18)	A quoi est-ce que la formation sanitaire destine-t-elle les fonds collectés par le biais du régime d'assurance?           ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a. Infrastructures de la formation sanitaire	<input type="checkbox"/>
		b. Achat d'équipement et de fournitures pour la formation sanitaire	<input type="checkbox"/>
		c. Approvisionnement en médicaments	<input type="checkbox"/>
		d. Activités du plan d'action de la formation sanitaire	<input type="checkbox"/>
		e. Salaires du personnel	<input type="checkbox"/>
		f. Primes de rendement du personnel	<input type="checkbox"/>
		g. Consultations et médicaments des personnes couvertes par l'assurance	<input type="checkbox"/>
		h. Autre	<input type="checkbox"/>

**(10) Leadership**

SUJET INTERROGÉ: MEDECIN DIRECTEUR OU INFIRMIER TITULAIRE

**(10.00)** CODE D'IDENTIFICATION DU SUJET INTERROGÉ À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL

Dans cette partie du questionnaire, je voudrais savoir ce que vous feriez dans certaines situations en ce qui concerne la formation sanitaire. Je vais vous lire une série de scénarios. Pour chaque scénario, je vais lire quatre réponses possibles que vous pourriez avoir. Veuillez choisir la réponse qui correspond le plus à ce que vous feriez dans cette situation particulière. Vous ne pouvez sélectionner qu'une seule réponse pour chaque scénario. Il n'y a pas de réponses correctes ou incorrectes - nous voulons juste savoir ce que vous feriez dans chacune des situations ci-dessous.



ENQUÊTEUR : CHAQUE RÉPONSE EST CODÉE DE 1 À 4. INSCRIRE LE CODE APPROPRIÉ EN FONCTION DE LA RÉPONSE DU SUJET INTERROGÉ.

	SCÉNARIOS	1	2	3	4	INSCRIRE LES RÉPONSES (ENTRE 1-4)
(10.01)	Scénario 1: Si la performance de votre personnel s'améliore.	Vous insistez sur leurs responsabilités et les normes.	Vous ne prenez aucune mesure supplémentaire particulière.	Vous donnez un feedback positif et faites sentir au personnel qu'il s'est impliqué dans les réalisations.	Vous insistez sur l'importance des échéances et des tâches.	__
(10.02)	Scénario 2: Si les membres de votre personnel ont été incapables de résoudre un problème au cours du mois passé, malgré toutes les tentatives qu'ils ont essayé pour y remédier.	Vous convoquez une réunion et, ensemble, vous essayez de résoudre le problème.	Vous laissez votre personnel faire face à ce problème par leurs propres moyens.	Vous leur donnez des directives et des instructions sur la façon de résoudre le problème.	Vous encouragez le groupe à résoudre le problème par leurs propres moyens, et vous êtes disponible pour en discuter en cas de besoin.	__
(10.03)	Scénario 3: Si Vous envisagez un changement majeur dans la façon dont les choses sont faites dans la formation sanitaire.	Vous collaborez avec votre personnel pour élaborer les changements nécessaires.	Vous annoncez votre vision pour le changement et mettez en œuvre un plan clairement élaboré.	Vous demandez à votre personnel d'élaborer et de mettre en œuvre leur propre plan pour le changement.	Vous vous entretenez avec votre personnel mais dirigez les changements vous-même.	__



(10.04)	<b>Scénario 4: Si le rendement de votre personnel est en baisse ces derniers mois.</b>	Vous demandez à votre personnel de revoir leurs objectifs afin d'élaborer un plan ensemble.	Vous demandez à votre personnel de faire des suggestions, et vous formulez un plan précis pour atteindre les objectifs.	Vous redéfinissez clairement les objectifs et vous vous assurez qu'ils sont atteints.	Vous permettez à votre personnel de fixer leurs propres objectifs et vous ne les bousculez pas.	__
(10.05)	<b>Scénario 5: Si votre personnel ne travaille plus en équipe de façon efficace.</b>	Vous discutez des idées en groupe et trouvez la façon de mieux travailler en équipe.	Vous laissez vos employés trouver par leurs propres moyens des solutions à leurs problèmes .	Vous agissez rapidement avec fermeté pour remettre l'équipe sur les rails.	Vous vous rendez disponible pour discuter de tous les problèmes et soutenir votre équipe dans la recherche des solutions à leurs propres problèmes.	__


**(11) Autonomie**

PERSONNE INTERROGÉE: Responsable de la formation sanitaire

**(11.00) CODE D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE INTERROGÉE À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL**

Dans cette partie du questionnaire, j'aimerais savoir comment le travail est organisé et les décisions prises au sein de cette formation sanitaire. Toutes les réponses sont confidentielles.

Je vais à présent vous lire une série de déclarations concernant la prise de décision et l'exercice de d'autorité au sein de cette formation sanitaire. Veuillez me dire si vous avez l'impression qu'elles sont vérifiées, la plupart du temps, plus de la moitié du temps, moins de la moitié du temps, rarement ou jamais.

			<u>CODE DE LA RÉPONSE</u> LA PLUPART DU TEMPS 1 PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS 2 MOINS DE LA MOITIE DU TEMPS 3 RAREMENT 4 JAMAIS 5	INSCRIRE LE CODE DE LA RÉPONSE
(11.01)	Je suis en mesure d'allouer le budget de ma formation sanitaire en tenant compte des besoins. Il existe suffisamment de flexibilité dans mon budget.			__
(11.02)	Je suis en mesure d'assigner des tâches et des activités au personnel de manière à atteindre les résultats escomptés pour la formation sanitaire. Il existe assez de flexibilité dans l'utilisation du personnel afin de parvenir à des solutions .			__
(11.03)	L' équipe cadre zone de santé soutient mes décisions et actions visant à améliorer le rendement de la formation sanitaire.			__
(11.04)	J'ai la liberté de choisir à qui confier telle ou telle tâche.			__
(11.05)	J'ai la liberté de choisir les services à fournir par la formation sanitaire.			__
(11.06)	J'ai suffisamment d'autorité me permettant d'obtenir les ressources dont j'ai besoin (médicaments, fournitures, financement) afin de répondre aux besoins de ma formation sanitaire.			__
(11.07)	Je comprends très bien les politiques de santé et les procédures de soins.			__
(11.08)	Les politiques et procédures sont des outils utiles me permettant de relever les défis qui se présentent à moi dans le cadre de la prestation des services et des rapports sur les activités.			__
(11.09)	L' équipe cadre zone de santé me donne un feedback adéquat sur mon travail et le rendement de ma formation sanitaire.			__

(12) Observation directe			
ENQUÊTEUR : IL N'Y A PAS DE PERSONNE A INTERROGER POUR CETTE SECTION DU QUESTIONNAIRE. APRÈS AVOIR DEMANDÉ L'AUTORISATION, VOUS DEVEZ FAIRE LE TOUR DE LA FORMATION SANITAIRE ET OBSERVER LES POINTS DÉCRITS DANS CETTE SECTION.			
(A)	GENERAL		ENREGISTRER LES RÉPONSES
(12.01)	Existe-t-il une salle d'accueil / réception dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.02)	Existe-t-il une salle d'attente dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.03)	Existe-t-il une salle d'attente séparée pour les femmes dans cette formation sanitaire ? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.04)	Existe-il des Salles d'observations dans cette formation sanitaire (centre de santé)? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2 ► (12.09)	<input type="checkbox"/>
(12.05)	ENQUÊTEUR : NOTER LE NOMBRE DE LITS D'OBSERVATION DISPONIBLES. SI C'EST ZÉRO, NOTER "0".		<input type="text"/>
(12.06)	Existe-t-il des salles séparées pour les hommes et les femmes en cas d'hospitalisation dans cette formation sanitaire (Hopital)? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2 ► (12.09)	<input type="checkbox"/>
(12.07)	Nombre de lits pour les hommes (hopital). ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.		<input type="text"/>
(12.08)	Nombre de lits pour les femmes (hopital). ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.		<input type="text"/>
(12.09)	Existe-t-il des toilettes fonctionnelles dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.10)	Existe-t-il des toilettes séparées pour les hommes et les femmes? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.11)	Est-ce que la formation sanitaire dispose des logements d'astreinte(salle de garde) pour le personnel soignant qui est de garde en dehors des heures habituelles de travail, ex: la nuit? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.12)	Existe-t-il de l'eau pour le lavage des mains <u>et</u> du savon dans la zone de l'examen du patient? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.13)	Existe-t-il de Gel antiseptique pour le lavage des mains ou du savon dans la zone de l'examen du patient? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.14)	Existe-t-il un système d'évacuation des déchets (bac à ordures, fosse ou incinérateur)? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.15)	Existe-t-il des receptacles pour les objets pointus et tranchants? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>
(12.16)	Existe-t-il une Morgue ou une Chambre Mortuaire ? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI, VU 1 PAS VU 2	<input type="checkbox"/>

(B)	AFFICHAGE DES FRAIS EXIGIBLES AUX USAGERS(Le tarif)	ENREGISTRER LES RÉPONSES
(12.17)	Y a-t-il des affiches dans la formation sanitaire qui précisent le montant des frais exigibles pour la consultation, acte, laboratoire etc...? ENQUÊTEUR : SI OUI, CHERCHEZ À VOIR LES AFFICHES DANS LA FORMATION SANITAIRE.	Oui, vu 1
		OUI, pas vu 2
		NON 3
(12.18)	Est ce que l'un des éléments suivants est affiché publiquement à l'intention des patients?  ENQUÊTEUR : POUR CHACUN DES DOCUMENTS, DEMANDER A VOIR L'AFFICHE <u>ENREGISTRER LES DONNÉES SELON LES CODES SUIVANTS:</u>  OUI ET VU .....1 OUI, PAS VU .....2 NON .....3	a. Capacité d'accueil de l'hôpital (Nombre de lits)
		b. Jours / heures de service
		c. Rotation du personnel
		d. Contact de la Direction
		e. Politique de gestion des plaintes et suggestions
		f. Liste des devoirs du patient
		g. Liste des prix des médicaments
		g. Liste des prix des actes et services
(12.19)	La Clôture de la Formation sanitaire Existe-t-elle et bien entretenue?	Oui, vu 1
		NON 2
(12.20)	La Cour de la FOSA est-elle salubre?	Oui, vu 1
		NON 2
(C)	PROTOCOLES NATIONAUX	ENREGISTRER LES RÉPONSES
ENQUÊTEUR : DEMANDER AU MEDECIN DIRECTEUR OU A L'INFIRMIER TITULAIRE OU AU PERSONNEL LE PLUS INFORMÉ DE VOUS MONTRER LES PROTOCOLES DE SOINS CLINIQUES.		
(12.21)	Matériel pour la sensibilisation des patients, les séances d'IEC(éducation sanitaire)= Boîtes à image, affiches ; vidéos dépliants....)	VU 1
		PAS VU 2
(12.22)	Ordinogramme (Stratégie Pratique et Traitement)	VU 1
		PAS VU 2
(12.23)	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) livret comportant la fiche ou affiche murale	VU 1
		PAS VU 2
(12.24)	Fiche de suivi de la croissance des enfants( CPS)	VU 1
		PAS VU 2
(12.25)	Protocole national sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose (PAT14)	VU 1
		PAS VU 2
(12.26)	Système National d'Information Sanitaire: directives et données	VU 1
		PAS VU 2
(12.27)	Protocole national sur le diagnostic et le traitement du paludisme	VU 1
		PAS VU 2
(12.28)	Protocole national portant sur la vaccination des enfants	VU 1
		PAS VU 2
(12.29)	Normes et procédures en matière de santé de la reproduction	VU 1
		PAS VU 2
(12.30)	Protocole national portant sur la prise en charge des infections sexuellement transmissibles	VU 1
		PAS VU 2
(12.31)	Protocole national sur le dépistage du VIH, le counselling et le traitement	VU 1
		PAS VU 2
(12.32)	Protocole national sur la Prévention de la transmission du VIH / SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME)	VU 1
		PAS VU 2
(12.33)	Repertoire nationale des médicaments essentiels	VU 1
		PAS VU 2
(12.34)	Plan national d'approvisionnement en médicaments	VU 1
		PAS VU 2
(12.35)	Fiches de déclaration des effets indésirables des médicaments ou des vaccins	VU 1
		PAS VU 2
(12.36)	Directives SONEU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence)	VU 1
		PAS VU 2
(12.36)	Fiche de référence ou contre référence	VU 1
		PAS VU 2
(12.37)	Existence des Rapports SNIS rempli pour les six (6) dernier mois	VU 1
		PAS VU 2

(13) Equipement (Observation directe)				
ENQUÊTEUR : IL N'Y A PAS DE PERSONNE A INTERROGER POUR CETTE SECTION DU QUESTIONNAIRE. APRÈS AVOIR DEMANDÉ L'AUTORISATION, VOUS DEVEZ FAIRE LE TOUR DE LA FORMATION SANITAIRE ET OBSERVER LES POINTS DÉCRITS DANS CETTE SECTION.				
(A)	Equipement général	ENREGISTRER LES RÉPONSES		
(13.01)	Où se trouve le matériel de consultations externes?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>		
	Dans une salle réservée aux consultations externes			1
	Dans une salle également utilisée pour d'autres activités			2
	Aucun matériel n'existe dans cette formation sanitaire pour les consultations externes ► (13.03)	3		
(13.02)	BIEN VOULOIR NOTER LA QUANTITE DE CHAQUE TYPE DE MATERIEL. NOTER "0" SI AUCUN DES MATERIELS NE FONCTIONNE	QUANTITÉ DISPONIBLE	QUANTITÉ OPERATIONNELLE	
1	Horloge munie d'une aiguille de secondes			
2	Horloge non munie d'une aiguille de secondes			
3	Toise adulte			
4	Mètre ruban			
5	Balance pour adultes			
6	Toise bébé			
7	Pèse-bébé			
8	Tensiomètre muni de brassard pour adulte			
9	Tensiomètre muni de brassard pour enfants			
10	Thermomètre			
11	Stéthoscope médical adulte			
12	Stéthoscope médical enfant			
13	Oxymètre de pouls			
14	Tubes pour perfusion			
15	cathéter 16 gauges (couleur grise)			
16	cathéter 18 gauges (couleur verte)			
17	cathéter 20 gauges (couleur rose)			
18	cathéter 22 gauges (couleur bleue)			
19	cathéter 24 gauges (couleur jaune)			
20	Perfuseur			
21	Calculatrice			
22	Otoscope			
23	Fiche pour tester la vision			
24	Bouteille d'oxygène			
25	Concentrateur d'oxygène			
26	Oxygène de source centrale			
27	Sonde d'intubation enfants			
28	Sonde d'intubation adultes			
29	Ballon ambu adulte			
30	Ballon ambu enfant			
31	Masque de ventilation adulte			
32	Masque de ventilation enfant			
33	Potence pour perfusion			
34	Lampe-torche			
35	la Lampe scialytique fonctionnelle			
36	Civière/brancard			
37	Chaise roulante			
38	Seau à eau			
39	Chariot			
40	Ciseau			
41	Petit matériel de chirurgie pour des actes tels que l'incision, le drainage et les sutures (scalpel)			
42	Coin muni de matériel réservé à la réhydratation par voie orale (contenant d'1 litre, gobelets et cuillères y			
43	Table d'anesthésie générale			
44	Rachianesthésie possible (équipement et médicament)			
46	Respirateur électrique fonctionnel			
47	Ambu manuel			
48	Aspirateur			
49	Bistouri électrique et cautérisation fonctionnel			
50	Moniteur cardiaque fonctionnel			
51	microperfuseur			

(B) Matériel de stérilisation			ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(13.03)	Où se trouve le matériel de stérilisation?	Dans une salle réservée à la stérilisation 1	_	
		Dans une salle également utilisée pour d'autres activités 2		
		Aucun matériel de stérilisation n'existe 9 ► (13.05)		
(13.04)	BIEN VOULOIR NOTER LA QUANTITÉ DE CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER "0" SI LE MATÉRIEL NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.		QUANTITÉ DISPONIBLE	QUANTITÉ OPERATIONNELLE
a.	Autoclave électrique (pression et chaleur humide)		_	_
b.	Autoclave non-électrique (pression et chaleur humide)		_	_
c.	Stérilisateur électrique (Poupinel)		_	_
d.	Bouilloire ou chauffe-eau électrique (sans pression)		_	_
e.	Marmite non électrique avec couvercle (chauffage à vapeur)		_	_
f.	Source de chaleur pour les appareils non électriques		_	_
(C) Matériel de vaccination			ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(13.05)	Où est situé le matériel de vaccination? MATÉRIEL DE VACCINATION: RÉFRIGÉRATEUR ÉLECTRIQUE OU A PÉTROLE, POUR VACCIN GLACIÈRE, PORTE-VACCIN ...	Salle de vaccination différente 1	_	
		Dans une salle également utilisée pour d'autres activités 2		
		Aucun matériel pour la vaccination n'existe dans cette formation sanitaire ► (13.07) 9		
(13.06)	BIEN VOULOIR NOTER LA QUANTITÉ DE CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER "0" SI LE MATÉRIEL NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.		QUANTITÉ DISPONIBLE	QUANTITÉ OPERATIONNELLE
a.	Thermomètre pour réfrigérateur à vaccin		_	_
b.	Glacière / porte-vaccins		_	_
c.	Icebox/ SAFETY BOX		_	_
d.	Accumulateur du froid		_	_
e.	Boîte isotherme		_	_
f.	Réfrigérateur		_	_
g.	Congélateur		_	_
h.	Coton/compresses		_	_
i.	Aiguilles d'injection		_	_
j.	Seringues 2 ml		_	_
k.	Seringues 5 ml		_	_
l.	Seringue autobloquante		_	_
m.	Fiches CPS		_	_
(D) Matériel de consultations prénatales			ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(13.07)	Où se trouve le matériel pour les consultations prénatales ? MATÉRIEL POUR SOINS PRÉNATAUX FOETOSCOPE, TENSIOMÈTRE, MÈTRE RUBAN, BALANCE POUR ADULTES...	Dans une salle spéciale pour les consultations prénatales 1	_	
		Dans une salle également utilisée pour d'autres activités 2		
		Aucun matériel pour les consultations prénatales n'existe dans cette formation sanitaire ► (13.09) 3		

(13.08)	BIEN VOULOIR NOTER LA QUANTITÉ DE CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER 00 SI LE MATÉRIEL NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.		QUANTITÉ DISPONIBLE	QUANTITÉ OPERATIONNELLE
a.	Table de consultation gynécologique			
b.	Règlette ou courbe d'estimation de la date d'accouchement (Gravidogramme)			
c.	Stéthoscope obstétrical			
d.	Sonicaid			
e.	Echographe			
f.	Thermomètre			
g.	Mètre ruban			
h.	Speculum			
i.	Tensiomètre			
j.	Stéthoscope médical			
k.	Lampe baladeuse/torche			
l.	Toise			
m.	Balance			
(E)	Matériel pour accouchement et soins aux nouveaux-nés		ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(13.09)	Où se trouve le matériel obstétrical et celui utilisé pour les soins aux nouveaux-nés?	<div>Dans une salle spéciale pour l'accouchement et soins aux nouveaux-nés 1</div> <div>Dans une salle également utilisée pour d'autres activités 2</div> <div>Aucun matériel n'existe pour les accouchements et soins aux nouveaux nés dans cette formation sanitaire ► (14.01) 3</div>		
(13.10)	BIEN VOULOIR NOTER LA QUANTITÉ DE CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER 00 SI LE MATÉRIEL NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.		QUANTITÉ DISPONIBLE	QUANTITÉ OPERATIONNELLE
1	Table d'accouchement			
2	Lit hospitalisation après accouchement			
3	Partogramme			
4	Éclairage salle accouchement (nombre de lampes)			
5	Matériel d'aspiration manuel			
6	Matériel d'aspiration électrique			
7	Ballon de réanimation, nouveau-né			
8	Perfuseur			
9	Ciseaux			
10	Pince pour cordon ombilical			
11	Bande stérile			
12	Fil de suture absorbable			
13	Fil de suture non absorbable			
14	Serviettes propres			
15	Rasoir propre			
16	Gants d'examen			
17	Coton stérile ou gaze hydrophile (pour le nettoyage de la bouche et du nez du bébé)			
18	Savon pour les mains ou détergents			
19	Brosse pour les mains			
20	Plateau stérile			
21	Contenant en plastique muni d'une doublure en plastique pour jeter le placenta			
22	Contenant en plastique muni d'une doublure en plastique pour les déchets médicaux (gaze de pansements,			
23	Stéthoscope nouveau né			
24	Stéthoscope médical			
25	Stéthoscope obstétrical			
26	Tensiomètre			

27	Bassin reniforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Bol en acier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Tablier de protection et alèse en plastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Sonicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Deux serviettes stériles (l'une pour recevoir le nouveau-né et l'autre pour les manipulations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Balance pour bébé (balance pour nourrissons)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Pinces pour pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Pinces utérines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Porte-aiguille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Cathéter de calibre 16- ou 18-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Spéculum vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Pinces (hémostatique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Aspirateur à pédale ou à main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Ventouse obstétricale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Dilatateur utérin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Curette, utérine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Écarteur vaginal (Valves)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Masque et ballon d'anesthésie (ballon de type Ambu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Table de réanimation du nouveau-né	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Boîte pour intubation pédiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Gants stérils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Boîte pour césarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Boîte pour hystérectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Lampe scialytique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Thermomètre axillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Thermomètre buccal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Compresse stériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Bouteille d'oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Concentrateur d'oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Oxygène de source centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Négatoscope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Boîte d'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Boîte de curetage AMIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Boîte pour examen gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Réfrigérateur unité de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Couveuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Mètre ruban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Lunettes de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Lampes torches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Sondes de Guedel pour dégager les voies respiratoires-néonatal, enfants et adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Fils à ligature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Hystéromètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Cathéter vésical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Sérings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Sondes nasogastriques (adulte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Sondes nasogastriques (nouveaux nés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Récepteur gradué pour estimer la perte de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Appareil d'échographie doppler (pour les battements cardiaques du fœtus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Chauffage pour bébé (bouillotte , lampe chauffante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	Forceps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	hémoglobinomètre de SALHI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	Registre d'accouchements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(14) Stockage et disponibilité des médicaments et vaccins				
PERSONNE INTERROGÉE: PHARMACIEN, MEDECIN DIRECTEUR OU INFIRMIER TITULAIRE OU LE MEMBRE DU PERSONNEL LE MIEUX INFORMÉ				
Maintenant, j'aimerais vous poser une question sur le stockage et la disponibilité des médicaments dans la Formation sanitaire				
(14.01)	Où est ce que la formation sanitaire s'approvisionne t-elle en médicament?  ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a.	Depot du Bureau central de la zone	<input type="checkbox"/>
		b.	Central d'achat des médicaments essentiels	<input type="checkbox"/>
		c.	Organisation Non Gouvernementale	<input type="checkbox"/>
		d.	Reseaux religieux	<input type="checkbox"/>
		e.	Aupres des fournisseurs privés	<input type="checkbox"/>
		f.	AUTRE, spécifiez	<input type="checkbox"/>
(14.02)	A quelle fréquence la formation sanitaire s'approvisionne-t-elle en médicaments?	a.	Chaque mois	<input type="checkbox"/>
		b.	Chaque trimestre	
		c.	En cas de besoin (à tout moment)	
		d.	AUTRE, spécifiez	
(14.03)	Quel est votre niveau de satisfaction de trois dernières commandes réalisées ?	Tres satisfaisant (plus de 80%)	1	<input type="checkbox"/>
		Satisfaisant (60 à 79%)	2	
		Pas du tout satisfaisant (50-59%)	3	
		Non satisfaisant (en dessous de 50%)	4	
(14.04)	Comment la formation Sanitaire gère t-elle les médicaments périmés	a.	BRULER / INCINERER	<input type="checkbox"/>
		b.	JETTE AUX ORDURES	<input type="checkbox"/>
		c.	ENFOUISSEMENT AU SOL	<input type="checkbox"/>
		d.	AUTRE, spécifiez	<input type="checkbox"/>
(14.05)	Est ce que les personnes suivantes ont le droit d'approvisionner ce centre en médicaments ou matériel.....?  ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a.	Médecin Inspecteur provincial	<input type="checkbox"/>
		b.	Medecin Directeur	<input type="checkbox"/>
		c.	Chef de service ou Chef d'unité	<input type="checkbox"/>
		d.	Representant des infirmiers titulaires	<input type="checkbox"/>
		e.	Representant du comité de santé	<input type="checkbox"/>
		f.	Partenaires privés et confessionnels	<input type="checkbox"/>
		g.	Représentant des associations de développement	<input type="checkbox"/>
		h.	Représentant(s) du village/quartier	<input type="checkbox"/>
		i.	Autre (A préciser)	<input type="checkbox"/>
(14.06)	Pouvez-vous me conduire à l'endroit où l'on stocke les médicaments dans cette formation sanitaire ?	Oui, vu	1	<input type="checkbox"/>
		Non, il n'existe pas un tel endroit	2	
		RESULTAT DE L'INTERVIEW		
(14.07)	ENQUÊTEUR : VERIFIER SI CETTE SALLE EST SÉPARÉE DE CELLE DE LA VENTE DES MÉDICAMENTS?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(14.08)	Pendant combien d'heures la pharmacie est-elle ouverte pour chacun des jours suivants ?  ENQUÊTEUR : POUR CHACUN DES JOURS, INSCRIRE LE NOMBRE D'HEURES PENDANT LESQUELLES CE SERVICE EST OFFERT. SI CE SERVICE N'EST PAS OFFERT, INSCRIRE "00".		a. Lundi	<input type="checkbox"/>
			b. Mardi	<input type="checkbox"/>
			c. Mercredi	<input type="checkbox"/>
			d. Jeudi	<input type="checkbox"/>
			e. Vendredi	<input type="checkbox"/>
			f. Samedi	<input type="checkbox"/>
			g. Dimanche	<input type="checkbox"/>
(14.09)	Cette pharmacie sert-elle seulement à garder et distribuer les médicaments ou sert-elle à autre chose?	Seulement à garder et distribuer les médicaments	1	<input type="checkbox"/>
		Elle sert aussi à autre chose	2	
(14.10)	Peut-on fermer les portes et fenêtres pour la sécurité de la pharmacie ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	

(14.11)	ENQUÊTEUR : EST CE QUE LA ZONE DE STOCKAGE DES MEDICAMENTS EST PROPRE, UN PEU SALE, OU SALE?	PROPRE	1	<input type="checkbox"/>
		UN PEU SALE	2	
		SALE	3	
(14.12)	ENQUÊTEUR : EST CE QUE LE PLAFOND, LES MURS, LE SOL ET LES FENÊTRES ONT L'AIR SEC ET A L'ABRI DE TOUTES INFILTRATION D'EAU?	SECS, PAS DE TRACES D'INFILTRATION D'EAU	1	<input type="checkbox"/>
		SECS MAIS IL Y A DES TRACES D'INFILTRATION D'EAU	2	
		HUMIDITÉ / EAU	3	
(14.13)	ENQUÊTEUR : LES FENÊTRES SONT-ELLES PROTÉGÉES CONTRE LES RAYONS DU SOLEIL?	FENÊTRES COUVERTES	1	<input type="checkbox"/>
		FENÊTRES NON COUVERTES	2	
		PAS DE FENÊTRES	3	
(14.14)	ENQUÊTEUR : LES MÉDICAMENTS SONT-ILS STOCKÉS SUR UNE PLATEFORME SURÉLEVÉE?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(14.15)	Est-ce que la pharmacie tient une fiche ou un registre de stocks? ENQUÊTEUR : SI OUI, DEMANDEZ A VOIR CETTE FICHE OU REGISTRE	Oui, vu	1	<input type="checkbox"/>
		OUI, pas vu	2	
		NON	3	

POUR CHAQUE MEDICAMENT, POSEZ LES QUESTIONS (014) JUSQU'A (014)						
		(14.16)	(14.17)	(14.18)	(14.19)	(14.20)
		Quelle est la quantité de [MÉDICAMENTS] en unité par dosage	A combien est ce que vous vendez la dose de [MÉDICAMENT] aux patients?	Quelle quantité de [MÉDICAMENT] est disponible en stock en ce moment?  SI NON, NOTER 00 ET ► (014)	Pendant les 30 derniers jours, y a-t-il eu rupture de stock de ce médicament à un moment donné?  OUI 1 NON 2 ► PROCHAIN MÉDICAMENT	Pendant les 30 derniers jours, ce médicament a-t-il été en rupture durant combien de jours?
Médicaments usuels						
1	Pommade Tétracycline ophthalmologique	Tube	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Paracetamol comprimés	Comprimé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Paracetamol (sirop)	flacon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Amoxicilline (comprimé ou capsule)	plaquette	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Amoxicilline (sirop)	flacon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Amoxicilline (injectable)	flacon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Solution de réhydratation orale (SRO)	sachet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Fer (avec ou sans acide folique)	Comprimé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	Acide folique	plaquette	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Cotrimoxazole comprimés	Comprimé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	Cotrimoxazole sirop	flacon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	Vitamine A	gellule	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	Serum physiologique (0,9%)	poche/flacon (Baxter)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	Eau stérile (eau distillée)	flacon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	Liquide de Ringer	poche/flacon (Baxter)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	Serum glucosé isotonique	poche/flacon (Baxter)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	Serum glucosé hypertonique	poche/flacon (Baxter)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	Solution d'hémacel	poche/flacon (Baxter)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	Zidovudine sirop	flacon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	Névirapine sirop	flacon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	Névirapine comprimés	boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	Ténofovir comprimés	boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23	Efavirenz comprimés	boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24	Stavudine comprimés	boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25	Lamivudine comprimés	boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	Lopinavir	boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27	Ritonavir comprimés	boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28	Emtricitabine/Ténofovir (truvada) comprimés	boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29	Lopinavir/Ritonavir (Aluvia) comprimés	boîte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

30	Ampicilline	ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Benzathine Benzypénicilline (Extencelline)	ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Phénoxyéthylpénicilline (Peni-V)	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Ceftriaxone	flacon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Ciprofloxacine	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Ciprofloxacine (Injectable)	flacon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Cloxacilline	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Erythromycine	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Mebendazole	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Fluconazole	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Metronidazole (injectable)	flacon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Metronidazole comprimés	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Metronidazole (sirop)	Flacon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Miconazole crème	tube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Furosémide	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Furosémide	ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Hydrocortisone	flacon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Polyvidoneiodée(betadine)	flacon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Alcool éthylique (96%)	flacon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Compresse	Paquet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Colon	sachet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Gants chirurgicaux	paquets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Gants de soins	paquets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Intranul	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Perfuseur	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Seringue	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Acyclovir	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Phenobarbital	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Phenobarbital	ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Aspirine comprimés	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Ibuprofène comprimés	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Butylscopolamine (Buscopan)	ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Métoclopramide	ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Cathlon 18G	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Cathlon 22G	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Chlorpheniramine 2 mg	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Co-artemeter 20/120 ongle mg (types 1, 2 3 et 4 tous disponibles) ou tout type de combinaison ACT	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Doxycycline 100 mg caps	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Gants stériles	paire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Sulfadoxine/pyriméthamine 500 mg cp	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Sulfate de Fer 325 mg cp	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

711	Zidolane-N ou Duovir-N (zidovudine + lamivudine+nevirapine)	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
712	Tenofovir+Lamivudine+Effavirenz	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
713	ABACAVIR+Lamivudine	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
714	Zidovudine+Lamivudine+Lopinavir/Ritonavir	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Planning familial						
72	Préservatif féminin	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Préservatif masculin	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Diaphragme	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Progestérone seul (Ovrette)	ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	Contraception orale combinée (Lo-femenal)	Plaquette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Contraception d'urgence (Norlevo)	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	Depo-provera, ampoule inj.	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	Jadelle (Norplant, nouvelle formule)	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	Dispositif Intra utérine (DIU)	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paludisme						
81	Quinine comprimé 250mg ,300mg et 500mg	1 comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82	Quinine injectable 250mg	Injectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83	Quinine injectable 300mg	Injectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84	Quinine injectable 500mg	Injectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	Quinine injectable 600mg	Injectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	Traitement associé à base d'artémisine (Artésunate+ amodiaquine) enfant	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87	Traitement associé à base d'artémisine (Artésunate+ amodiaquine) adulte	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	Traitement associé à base d'artémisine (Artésunate+ luméfantrine) Enfant	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89	Traitement associé à base d'artémisine (Artésunate+ luméfantrine) Adulte	sirop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	Fansidar / Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP)	comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose						
91	Rifampicine	boîte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92	Streptomycine	boîte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93	Isoniazide (INH)	boîte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94	Pyrazinamide	boîte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95	Ethambutol	plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96	Kits de diagnostics	1 unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
961	Rifampicine+Isoniazide+Pyrazinamide+Ethambutol	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
962	Rifampicine+Isoniazide	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
963	Rifampicine+Isoniazide+Ethambutol	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
964	Rifampicine+Isoniazide+Pyrazinamide	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins obstétricaux d'urgence						
97	Sulfate de Magnésium	Ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98	Diazepam Injectable	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99	Diazepam Injectable	Injectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100	Misoprostol	Ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101	Oxytocine	Ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102	Gluconate de calcium	Ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103	Hydralazine Injectable	Ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104	Dexamethasone	Comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105	Dexamethasone	Ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106	Betamethasone	Ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107	Lidocaine	Ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108	Vitamine K	Ampoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccins						
109	Bacille Calmette-Guérin (BCG)	1 dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110	Vaccin oral contre la Polio	1 dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111	Toxoïde Anti Tétanique (VAT)	1 dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112	Pentavalent (DTC, l'hépatite B, Haemophilus influenzae B)	1 dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113	Vaccin contre la rougeole	1 dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114	Vaccin contre la fièvre jaune	1 dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115	Vaccin contre la méningite	1 dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116	Pneumo 13	1 dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trousse de diagnostic rapide						
117	Kit de diagnostic rapide du paludisme	1 unité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
118	Kit de dépistage du VIH	1 unité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
119	Kit de test biologique de grossesse	1 unité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
120	Test de syphilis	1 unité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
121	Kit d'analyse des urines (albumine et sucre)	1 unité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
122	Kit de transfusion sanguine	1 unité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
123	Kit Glycémie	1 unité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(14.21)	Que faites-vous lorsque cette formation sanitaire est en rupture de médicaments tels que le Coartem, l'Amoxicilline etc.?		a.	INFORME LE RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE		<input type="text"/>
			b.	APPELE LA PHARMACIE DE LA ZONE		<input type="text"/>
			c.	ON APPELE L'ÉQUIPE CADRE DE LA ZONE		<input type="text"/>
			d.	ON ACHÈTE LES MÉDICAMENTS SUR PLACE, PHARMACIES PRIVÉES		<input type="text"/>
			e.	ON ACHÈTE LES MÉDICAMENTS AU MARCHÉ DE LA LOCALITÉ		<input type="text"/>
			f.	NOUS DEMANDONS AUX PATIENTS D'ALLER ACHETER AU MARCHÉ DE LA LOCALITÉ		<input type="text"/>
			g.	NOUS ALLONS À LA CENTRALE D'ACHAT DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS		<input type="text"/>
			h.	Division Provinciale de la Santé (DPS)		<input type="text"/>
			i.	AUTRE, spécifiez		<input type="text"/>
(14.22)	Au cours des 30 derniers jours, y a-t-il eu rupture de stock de désinfectant (s) dans la formation sanitaire?	Oui 1 Non 2	▶ RESULTAT DE L'INTERVIEW			<input type="text"/>
(14.23)	Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours y a-t-il eu rupture de stock de désinfectant (s) dans la formation sanitaire? [INSCRIRE '00' SI PAS DE RUPTURE DE STOCK]					<input type="text"/>
RESULTAT DE L'INTERVIEW						
ENTIEREMENT REMPLI			1		<input type="text"/>	
PARTIELLEMENT REMPLI			2			
LE RESPONSABLE A REFUSÉ L'ENTREVUE			3			
LE RESPONSABLE EST ABSENT (LE PERSONNEL PRÉSENT N'EST PAS AUTORISÉ)			4			
LA FORMATION SANITAIRE EST VIDE (AUCUN MEMBRE DU PERSONNEL N'EST PRÉSENT)			5			
AUTRE, PRÉCISER: _____			6			