

ENQUÊTES SUR LES PATIENTS SORTANTS (MODULE SUR LES FEMMES AYANT ETE REFEREES A UN AUTRE CENTRE HOSPITALIER)

Code patient	Code Enquêteur	No. Opérateur de saisie	No. Contrôleur	No. Superviseur

Id1. Zone sanitaire : 1. Banikoara 2. Zogbodomey / Bohicon / Zakpota 3. Adjohoun / Bonou / Dangbo 4. Porto-Novo / Aguégues / Sèmè-Kpodji 5. Kouandé / Pehunco / Kérou 6. Lokossa / Athiémé 7. Ouidah / Kpomassè / Tori 8. Covè / Ouinhi / Zagnanado 9. Savalou / Bantè 10. Savè / Ouèssè	/ _ / _ /	Id2. Département : _____ / _ / _ / Id3. Commune : _____ / _ / Id4. Arrondissement : _____ / _ / _ / Id5. Quartier de ville / village : _____ / _ / _ / Id6. Centre de santé : _____ / _ / _ / _ / _ / Id7. Nom et prénoms de la patiente : _____ Id8. Motif de référence : _____
---	-----------	---

Type de milieu :	Urbain	1	Rural	2
------------------	--------	---	-------	---

Enquêteur : Après avoir sélectionné le répondant suivant la méthodologie exposée au cours de la formation, adressez-vous à l'enquête en ces termes :

Bonjour (monsieur/madame), je m'appelle _____ et j'ai été mandaté par l'Institut de Recherche Empirique en Economie Politique (IREEP) et le Ministère de la Santé afin de mener une enquête sur les cas de référence en obstétrique dans le cadre d'une étude sur le financement axé sur les résultats. La présente enquête vise à recueillir des informations sur des cas de référence vers cette formation sanitaire et la qualité de la prise en charge des patients. Etant donné que vos apports nous seraient salutaires, nous aimerions aborder vos connaissances et avis sur ces sujets précis. Toute information que vous fournirez sera strictement confidentielle.

Avez-vous présentement des questions à poser sur l'enquête ?
 Puis-je commencer l'entretien à présent ?

Signature de l'enquêteur : _____ Date : _____

Heure de début					Heure de fin				
----------------	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--

NOM ET PRENOMS DE LA PATIENTE :

1.	SECTION 1 : INFORMATIONS SUR LA PATIENTE [c'est la patiente elle-même qui est répondante dans cette section]																																																							
1.1.	A quel hôpital vous a-t-on référé ?		Nom du centre de santé : _____ / __ / __																																																					
1.2.	Pour quelles raisons ?		1. Raisons connues de la patiente (préciser) _____ 2. Ne sais pas																																																					
1.3.	Le centre a-t-il proposé un moyen de déplacement ?		1. Oui 2. Non				Si non, → 1.4.																																																	
1.3.1.	Lequel ? [Demander à la patiente de préciser le fournisseur] Enquêteur : Vous devez cocher les cases correspondantes pour le moyen de transport proposé en vous assurant de choisir la colonne appropriée pour le(s) fournisseur(s) (i.e. ceux qui doivent le prendre en charge)																																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fournisseur →</th><th>A. Elle-même</th><th>B. Famille</th><th>C. Amis</th><th>D. Le CS qui réfère</th><th>E. Le CS de commune</th><th>X. Autre (préciser)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moyen ↓</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> <tr> <td>1. Ambulance</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2. Véhicule/ Taxi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>3. Bus</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>4. Moto/Taxi-moto</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>96. Autre (préciser) _____</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						Fournisseur →	A. Elle-même	B. Famille	C. Amis	D. Le CS qui réfère	E. Le CS de commune	X. Autre (préciser)	Moyen ↓						_____	1. Ambulance							2. Véhicule/ Taxi							3. Bus							4. Moto/Taxi-moto							96. Autre (préciser) _____							
Fournisseur →	A. Elle-même	B. Famille	C. Amis	D. Le CS qui réfère	E. Le CS de commune	X. Autre (préciser)																																																		
Moyen ↓						_____																																																		
1. Ambulance																																																								
2. Véhicule/ Taxi																																																								
3. Bus																																																								
4. Moto/Taxi-moto																																																								
96. Autre (préciser) _____																																																								
1.3.2.	Quel en sera le coût ?		/ __ / __ / __ / __ / __ / FCFA																																																					
1.3.3.	Allez-vous l'utiliser ?		1. Oui 2. Non				Si oui, → 1.4.																																																	
1.3.4.	Sinon, pourquoi?		1. Trop cher 2. Pas nécessaire 96. Autre _____																																																					
1.4.	Vous-rendrez-vous dans le centre de santé de référence ?		1. Oui 2. Non				Si non, → 1.5.																																																	
1.4.1.	Si oui, quand ?		1. Immédiatement 2. Dans quelques heures 3. Dans 1 jour ou deux 4. Dans quelques jours																																																					

		5. Dans quelques semaines 96. Autre (préciser) _____ _____	
1.5.	Sinon, pourquoi ?	1. Trop loin ou trop éloigné 2. Aucun membre de la famille n'est disponible 3. Soins Trop cher 4. Aucun moyen de déplacement disponible 5. Pas nécessaire 96. Autre (préciser) _____	
2.	SECTION 2 : INFORMATIONS SUR LA REFERENCE [Ces informations proviennent principalement des notations des observations médicales et/ou des discussions avec les agents de santé]		
	Partie A : INFORMATIONS PROVENANT DU CENTRE DE SANTÉ QUI A RÉFÉRÉ LA PATIENTE		
2.1.	Nom du centre de santé d'où la femme a été référée	Nom du centre : _____ / _ / _ /	
2.2.	Village/Quartier de ville où se situe le centre qui a référé	Village/ quartier de ville : _____	
2.3.	Commune dans laquelle se situe le centre qui a référé	Commune : _____ / _ / _ /	
2.4.	Circonstances de la référence	1. CPN 2. Accouchement 3. Césarienne 96. Autres (préciser) _____	Si autre que 1. → 2.6.
2.5.	Objet de la référence (quelle prestation doit être réalisée dans l'établissement de référence ?)	1. Examen 2. Consultation 3. Hospitalisation	
2.6.	Raison de la référence	1. Traitement non disponible 2. Pas de réponse au traitement 3. Moyen diagnostic non disponible 96. Autre (préciser) _____	
2.7.	Indications de la référence [Encercler toutes les indications]	Maladies maternelles A. Pré éclampsie sévère\ Eclampsie B. Anémie C. Autres maladie maternelle (préciser) _____ Dystocies de présentation D. Siège E. Transverse F. Gémellaire G. Indéterminée Hémorragies H. Ante-partum I. Post-partum Autres dystocies	

		J. Disproportion FP K. Dystocie cervicale L. Atonie utérine M. Ancienne césariée N. Dilatation stationnaire Causes fœtales O. Souffrance fœtale P. Mort in utéro Q. Prématurité R. Pathologies Nouveau-né Autres causes S. MAP (Menace d'Accouchement Prématuro) T. Avortement U. RPPDE V. Echographie W. Cause gynécologique X. Femme de petite taille Y. Anomalie du Bassin XX. Autres (préciser) _____																													
2.8.	A quel moment la femme est-elle arrivée au centre de santé d'origine (i.e. centre qui l'a référé)? (T1)	Date1 : /__ /__ /__ /__ /__ /__ (JJ/MM/AA) Heure1 : /__ :__ /__																													
2.9.	A quel moment la décision de la référer a été prise ? (T2)	Date2 : /__ /__ /__ /__ /__ /__ (JJ/MM/AA) Heure2 : /__ :__ /__																													
Partie B : INFORMATIONS PROVENANT DU CENTRE DE SANTÉ DE REFERENCE <i>Enquêteur : Ces données sont à collecter auprès du centre ou de l'hôpital vers lequel la patiente a été référée.</i>																															
2.10.	A quel moment a-t-elle quitté l'hôpital/centre de santé qui l'a référée ?(T3)	Date 3: /__ /__ /__ /__ /__ /__ (JJ/MM/AA) Heure3 : /__ :__ /__																													
2.11.	A quel moment est-elle arrivée à l'hôpital/centre de santé de référence ?(T4)	Date4 : /__ /__ /__ /__ /__ /__ (JJ/MM/AA) Heure4 : /__ :__ /__																													
2.12.	A quel moment un agent de santé a-t-il pris soin d'elle (T5)	Date5 : /__ /__ /__ /__ /__ /__ (JJ/MM/AA) Heure5 : /__ :__ /__																													
2.13.	Moyen(s) de transport utilisé(s) par la patiente pour se rendre dans ce centre-ci [Enquêteur : Demander des précisions sur le(s) personne (s) qui ont pris en charge ce(s) moyen(s) de déplacement]																														
<table border="1"> <tr> <td>Fournisseur →</td> <td>A. Elle-même</td> <td>B. Famille</td> <td>C. Amis</td> <td>D. Le CS qui réfère</td> <td>E. Le CS de commune</td> <td>X. Autre (préciser)</td> </tr> <tr> <td>Moyen ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A. Ambulance</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Véhicule/</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Fournisseur →	A. Elle-même	B. Famille	C. Amis	D. Le CS qui réfère	E. Le CS de commune	X. Autre (préciser)	Moyen ↓							A. Ambulance							B. Véhicule/								
Fournisseur →	A. Elle-même	B. Famille	C. Amis	D. Le CS qui réfère	E. Le CS de commune	X. Autre (préciser)																									
Moyen ↓																															
A. Ambulance																															
B. Véhicule/																															

	<table border="1"> <tr><td>Taxi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C. Bus</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D. Moto/Taxi-moto</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>X. Autre (préciser)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Taxi							C. Bus							D. Moto/Taxi-moto							X. Autre (préciser)							
Taxi																														
C. Bus																														
D. Moto/Taxi-moto																														
X. Autre (préciser)																														
2.14.	Coût du transport	/ / / / / / / / FCFA <i>Inscrire le code 9999999 si l'agent de santé répondant ne possède pas cette information.</i>																												
2.15.	A-t-elle été accompagnée par des membres du personnel ?	1. Oui 2. Non	Si non, → 2.16.																											
2.15.1.	Si oui, de quelle catégorie sont ces membres du personnel ? [Encercler tous les choix possibles]	A. Médecins B. Sages femmes C. Infirmiers/infirmières D. Aides soignants X. Autre (préciser) _____																												
2.16.	A-t-elle reçu une perfusion intraveineuse pendant son transport?	1. Oui 2. Non																												
2.17.	Y a-t-il une fiche de référence?	1. Oui 2. Non																												
2.18.	Lors de la consultation de la patiente à son arrivée, les informations suivantes ont-elles été prises ? [Enquêteur : demander à voir le dossier]																													
2.18.1.	Etat général	1. Oui 2. Non																												
2.18.2.	Tension artérielle	1. Oui 2. Non																												
2.18.3.	Pouls	1. Oui 2. Non																												
2.18.4.	Température	1. Oui 2. Non																												
2.18.5.	présentation du fœtus (sur le siège, profile ou face) [si pas parturiente¹ ou pas gestante², encercler 99.]	1. Oui 2. Non 99. Non applicable																												
2.18.6.	Activité cardiaque du fœtus (BDC)	1. Oui																												

¹ Une parturiente est une femme en travail d'accouchement.

² Une gestante est une femme enceinte.

	(ou Bruit du cœur fœtal) [si pas parturiente ou pas gestante, encercler 99.]	2. Non 99. Non applicable	
2.18.7.	Etat des membranes [si pas parturiente ou pas gestante, encercler 99.]	1. Oui 2. Non 99. Non applicable	
2.19.	Les informations sur la patiente ont-elles été inscrites sur un partogramme? Enquêteur : si réponse « oui », demander à voir le partogramme [si pas parturiente, encercler 99.]	1. Oui 2. Non 99. Non applicable	
2.20.	S'agissait-il d'une référence d'urgence (ou élective) ?	1. Oui 2. Non	

Enquêteur : Vous devez remonter à la première page pour inscrire l'heure de fin de l'interview (ou du remplissage du questionnaire).

Déclaration de l'enquêteur: Je certifie que ce questionnaire a été rempli conformément aux instructions reçues lors de la formation. Tout ce qui y est inscrit reflète effectivement les réponses données par les diverses parties interviewées (agents de santé, etc.) Nom : Prénoms : Signature : Date : ... / ... / ...	
Nom du Contrôleur : Signature :	Date : ... / ... / ...
Nom du superviseur : Signature :	Date : ... / ... / ...