

REPOBLIKA DEMOKRATIKA MALAGASY
Tanindrazana-Tolom-piavotana-Fahafahana

MINISTERE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
ET TECHNOLOGIQUE POUR LE DEVELOPPEMENT

CENTRE NATIONALE DE RECHERCHE
SUR L'ENVIRONNEMENT

ENQUETE NATIONALE DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE

QUESTIONNAIRE SUR LA DISPONIBILITE DES SERVICES

| IDENTIFICATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>1 - FARITANY : _____</p> <p>2 - FIVONDRONAMPOKONTANY : _____</p> <p>3 - FIRAISAMPOKONTANY : _____</p> <p>4 - FOKONTANY : _____</p> <p>5 - N° AIRE D'ENQUETE : _____</p> <p>6 - N° Zone de Contrôle : _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>NOMBRE D'HABITANTS DANS LE FOKONTANY : _____</p> | | <p>Date du recensement</p> <p style="text-align: center;">Mois Année</p> <p style="text-align: center;"> </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>FONCTION OU TITRE (*) DES PERSONNES INTERROGEES</p> <p>(*) 1 -Présicomex Firaisampokontany</p> <p>2 -Présicomex Fokontany</p> <p>3 -Autres autorités locales</p> <p>4 -Autorités traditionnelles</p> <p>5 -Personnel éducation</p> <p>6 -Personnel médical</p> <p>7 -Personnel religieux</p> <p>8 -Autres</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">TITRE (*)</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">SEXE</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">M</th> <th style="text-align: center;">F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | TITRE (*) | SEXE | | | M | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TITRE (*) | SEXE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | M | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>NOMBRE DE PERSONNES ENQUETEES : _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DATE DE DEBUT DE LA VISITE A L'AIRE D'ENQUETE</p> <p>DATE DE LA FIN DE LA VISITE A L'AIRE D'ENQUETE</p> | <p>JOUR : MOIS: </p> <p>JOUR : MOIS: </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>NOM DE L'ENQUETEUR : _____</p> | <p>CODE ENQUETEUR : </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 1A. CARACTERISTIQUES DE LA COMMUNAUTE

LES QUESTIONS 101 ET 102 DOIVENT ETRE COMPLETEES PAR L'ENQUETEUR DES SON ARRIVEE A LA GRAPPE.

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 101 | TYPE DE LOCALITE | ANTANANARIVO-VILLE.....1 → 108 C.L DE FARITANY ET ANTIRABE.....2 → 107 C.L DE FIVONDROMAMPOKONTANY.....3 → 106 C.L DE FIRAIAMPOKONTANY.....4 → 106 CAMPAGNE.....5 | |
| 102 | DENSITE DE LA GRAPPE | GROUPEE1 DISPERSEE.....2 | |

DES INFORMATEURS BIEN RENSEIGNES SUR LA GRAPPE DOIVENT REPONDRE AUX QUESTIONS DES SECTIONS 1 ET 2.

| | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 103 | Quel est le nom du chef lieu de Firaisana le plus proche ? (ECRIRE ENTRE PARENTHESE LE FIVONDROMAMPOKONTANY D'APPARTENANCE) | _____ <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 104 | Combien d'heures de marche faut-il pour s'y rendre ? | HEURES... <input type="text"/> MINUTES.. <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 105 | Quel est le mode de transport usuel pour se rendre au (CHEF LIEU DE FIRAIAMPOKONTANY LE PLUS PROCHE). ? | MOTOCYCLETTE/BICYCLETTE.....1 TAXI-BROUSSE.....2 CAMION/CAMIONNETTE.....3 PIROGUE.....4 CHARRETTE.....5 AUCUN6 | |
| 106 | Quelle est la principale voie d'accès au (VILLAGE/QUARTIER) ? | ROUTE Goudronnée.....1 ROUTE SECONDAIRE.....2 ROUTE PRATICABLE PERIODIQUEMENT..3 VOIE D'EAU.....4 SENTIER/PISTE.....5 AUTRE.....6 | |
| 107 | Quelles sont les principales activités économiques des habitants de (VILLAGE/QUARTIER) ? | AGRICULTURE.....A PECHE/ELEVAGE.....B COMMERCE.....C ARTISANAT.....D INDUSTRIE.....E SERVICES.....F MINES.....G AUTRE.....H | |
| 108 | Comment sont évacuées les eaux usées de (VILLAGE/QUARTIER) ? | SYSTEME D'EGOUT.....1 CANAL, RIVIERE2 FOSSEPTIQUE3 SANS4 | |
| 109 | Comment sont évacués les déchets, immondices de (VILLAGE/QUARTIER)? | BAC A ORDURE.....1 BRULER2 ENTERRER3 JETER N'IMPORTE OU4 AUTRE5 | |

OBSERVATIONS :

SECTION 1B. DISPONIBILITE DES SERVICES PUBLICS LES PLUS PROCHES DE LA LOCALITE OU DANS LA LOCALITE.

| SERVICES GENERAUX | 110 A quelle distance de l'AE se trouve le (SERVICE)? (a) | 111 Quel est le moyen de déplacement utilisé pour s'y rendre ? | 112 Combien de temps faut-il pour s'y rendre avec le moyen utilisé ? | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| A. ENSEIGNEMENT | Km | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 A pied4 Pirogue5 | Heure | Minute |
| 1 Ecole primaire | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Km | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 A pied4 Pirogue5 | Heure | Minute |
| 2 Ecole secondaire 1er cycle | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Km | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 A pied4 Pirogue5 | Heure | Minute |
| 3 Ecole secondaire 2ème cycle | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Km | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 A pied4 Pirogue5 | Heure | Minute |
| 4 Enseignement Technique & Professionnel | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| B. SERVICES GENERAUX | Km | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 A pied4 Pirogue5 | Heure | Minute |
| 5 Poste & Télécommunication | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Km | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 A pied4 Pirogue5 | Heure | Minute |
| 6 Boutique (Epicierie) | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Km | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 A pied4 Pirogue5 | Heure | Minute |
| 7 Marché journalier | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Km | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 A pied4 Pirogue5 | Heure | Minute |
| 8 Marché hebdomadaire | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Km | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 A pied4 Pirogue5 | Heure | Minute |
| 9 Bâtiment cultuel | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 10 Transport en commun | <p>Existe-t-il un service de transport desservant le lieu de l'enquête avec d'autres centres (FIR) environnants ?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 - OUI 2 - NON → 113 V Fréquence : 1 - JOUR 2 - SEMAINE 3 - MOIS </p> | | | |

CODES : (a) 97 = 97 km et plus
00 = moins de 1 Km/situé dans une grappe rurale
98 = Aucune installation connue

SECTION 1C. PROGRAMMES DE SANTE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA COMMUNAUTE

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 113 | Y a-t-il un agent de la santé ou de la planification familiale dans ce (VILLAGE/QUARTIER) ? | OUI.....1 NON.....2 | →114 |
| 113a | Est-ce que cette personne peut fournir (LISTE) : a : Instructions ou SRO/ODIVA ? b : Prévention de la santé ? c : Vaccinations ? d : Services de planification familiale ? | SRO/ODIVA: OUI.....1 NON.....2 PREVENTION DE LA SANTE OUI.....1 NON.....2 VACCINATIONS OUI.....1 NON.....2 PLANIFICATION FAMILIALE OUI.....1 NON.....2 | |
| 114 | Est-ce qu'un animateur de la planification familiale rend visite au (VILLAGE/QUARTIER) ? | OUI.....1 NON.....2 | |
| 115 | Est-ce qu'un agent de terrain de la santé ou de la planification familiale visite le (VILLAGE/QUARTIER) ? | OUI.....1 NON.....2 | →116 |
| 115a | Combien de fois l'agent de terrain visite-t-il le (VILLAGE/QUARTIER) ? | Nbre DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> PAR MOIS... 1 AN.....2 | |
| 115b | Cet agent procure-t-il (LISTE) : a : Instructions ou SRO/ODIVA ? b : Prévention de la santé ? c : Vaccinations ? d : Services de planification familiale ? | SRO/ODIVA: OUI.....1 NON.....2 PREVENTION DE LA SANTE OUI.....1 NON.....2 VACCINATIONS OUI.....1 NON.....2 PLANIFICATION FAMILIALE OUI.....1 NON.....2 | |
| 116 | Y a-t-il une accoucheuse traditionnelle disponible pour assister régulièrement les femmes pendant l'accouchement ? | OUI.....1 NON.....2 | →117 |
| 116a | Est-ce que l'accoucheuse traditionnelle a reçu une formation spéciale du Ministère de la Santé ou d'un autre Organisme ? | OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 | |
| 117 | Est-ce que cette zone est couverte par une Sage-femme ? | OUI.....1 NON.....2 | |
| 118 | Y a-t-il un guérisseur traditionnel (formé ou non) dans le (VILLAGE/QUARTIER) ? | OUI.....1 NON.....2 | |
| 119 | Y a-t-il eu une campagne de santé ou de planification familiale dans le (VILLAGE/QUARTIER) durant l'année dernière ? | OUI.....1 NON.....2 | →Section 2 |
| 119a | Quel était le but spécifique de cette campagne ? | ESPACEMENT DES NAISSANCES.....A AVANTAGES DE LA CONTRACEPTION.....B PROMOTION DE METHODE (S) SPECIFIQUE(S).....C PEVD SRO/ODIVA.....E SIDA.....F NUTRITION.....G ASSAINISSEMENT.....H AUTRE (PRECISER).....I | |

SECTION 2.

IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS

ENQUETEUR : Je vais visiter les services de santé et de planification familiale à travers Madagascar et ensemble nous pouvons identifier ceux qui m'intéressent. J'ai l'intention de rendre visite (REGIONS URBAINES) aux médecins privés, aux pharmacies, aux dispensaires urbains, SMI ou maternités, aux hôpitaux et cliniques, et aux médecins d'entreprise (OSTIE, OSIE...). (REGIONS RURALES) aux CSSP ou postes, croix rouge, aux dépôts de médicaments, aux centres médicaux, aux hôpitaux.

URBAIN : Quel est le nom du médecin avec un cabinet privé le plus proche de (QUARTIER) ?

RURAL : Quel est le nom du Centre de Soins de Santé Primaire, du poste (sanitaire, d'infirmier, d'accouchement) ou l'établissement de la croix rouge le plus proche du (VILLAGE) ?

URBAIN : Quel est le nom de la Pharmacie privée la plus proche du (QUARTIER) ?

RURAL : Quel est le nom du dépôt de médicaments le plus proche du (VILLAGE) ?

URBAIN : Quel est le nom du Dispensaire urbain ou Centre de santé Maternelle et Infantile (SMI) ou maternité le plus proche du (QUARTIER) ?

RURAL : Quel est le nom du Centre Médical le plus proche du (VILLAGE) ?

Quel est le nom de l'hôpital ou clinique qui procure des services généraux de santé le plus proche de (VILLAGE/QUARTIER) ?

Quel est le nom du médecin d'entreprise ou Centre médico-social le plus proche qui est consulté par les habitants de ce (VILLAGE/QUARTIER) ?

IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS :

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les établissements de santé que nous avons évoqués.
POSER TOUTES LES QUESTIONS POUR CHAQUE ETABLISSEMENT.

| 201 Nom de (ETABLISSEMENT) | 202 Adresse de (ETABLISSEMENT) | 203 A quelle distance de l'AE se trouve (ETABLISSEMENT)? (a) | 204 Quel est le moyen de transport le plus utilisé pour se rendre à (ETABLISSEMENT)? | 205 Combien de temps faut-il pour s'y rendre avec le moyen utilisé ? | 206 A combien d'heures de marche de l'AE se trouve (ETABLISSEMENT)? | 207 Est-ce que (ETABLISSEMENT) fournit des services de PF ? | 208 Y-a-t-il un ou plusieurs (ETABLISSEMENTS) dans un rayon de six heures de marche ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| A Urbain : Médecin Privé Rural : CSSP/Poste Nom : _____ NSP98 | _____ | Km <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 Pirogue4 A pied.....5 206 ↙ | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 | AUCUN.....1 UN2 PLUSIEURS.....3 |
| B Urbain : Pharmacie Rural : Dépôts de médicaments Nom : _____ NSP98 | _____ | Km <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 Pirogue4 A pied.....5 206 ↙ | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 | AUCUN.....1 UN2 PLUSIEURS.....3 |
| C Urbain : Dispensaire/SMI Rural : Centre médical Nom : _____ NSP98 | _____ | Km <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 Pirogue4 A pied.....5 206 ↙ | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 | AUCUN.....1 UN2 PLUSIEURS.....3 |
| D Hôpital-Clinique Nom : _____ NSP98 | _____ | Km <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 Pirogue4 A pied.....5 206 ↙ | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 | AUCUN.....1 UN2 PLUSIEURS.....3 |
| E Médecin d'entreprise Centre médico-social Nom : _____ NSP98 207 ↙ | _____ | Km <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Véhicule1 Bicyclette.....2 Charrette3 Pirogue4 A pied.....5 206 ↙ | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | Heure Minute <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 | AUCUN.....1 UN2 PLUSIEURS.....3 |

(a) 00 = MOINS D'UN KILOMETRE
01 - 96 = INSCRIRE LE NOMBRE DONNE DANS LA GRAPPE
97 = 97 KILOMETRES OU PLUS
2-2

IDENTIFICATION DES METHODES CONTRACEPTIVES

| METHODE | 207 Nom du service ou fournisseur le plus proche de la communauté où on peut obtenir la (METHODE) | 208 Combien d'heures de marche faut-il pour s'y rendre ? |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| A Pilule | <div>_____</div> <div>NSP98</div> <div>↓</div> | <div>Heure Minute</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> |
| B Condom/préservatif | <div>_____</div> <div>NSP98</div> <div>↓</div> | <div>Heure Minute</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> |
| C Injections | <div>_____</div> <div>NSP98</div> <div>↓</div> | <div>Heure Minute</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> |
| D DIU/Sterilet | <div>_____</div> <div>NSP98</div> <div>↓</div> | <div>Heure Minute</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> |
| E Stérilisation féminine | <div>_____</div> <div>NSP98</div> <div>page 2-4 ←</div> | <div>Heure Minute</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> |

OBSERVATIONS :

FIN DE L'INTERVIEW DANS LA GRAPPE.

LISTER CI-DESSOUS TOUTS LES SERVICES IDENTIFIES DANS UN RAYON DE 6 HEURES DE MARCHÉ DE LA GRAPPE.
TIRER CES RENSEIGNEMENTS DES QUESTIONS 206.

| LISTE DES SERVICES VISITES | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------|------------------------|
| TYPE DE SERVICES ET NOM : | NOMBRE D'HEURES DE MARCHÉ A LA GRAPPE : | | LOCALISATION : | DATE DE LA VISITE : |
| _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

SECTION 3. Date : _____ VISITE A L'HOPITAL/A LA CLINIQUE Nom : _____

SI L'HOPITAL OU LA CLINIQUE SE TROUVE A 6 HEURES DE MARCHÉ OU MOINS, IL EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 300 A 302 DÈS L'ARRIVÉE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMÉE DANS LE SERVICE POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.

DEJA VISITE

SI CE SERVICE A ÉTÉ DÉJÀ VISITÉ APRÈS PASSAGE À LA GRAPPE, INSCRIRE CI-CONTRE LE NUMÉRO DE LA GRAPPE :
SI CE SERVICE A ÉTÉ DÉJÀ VISITÉ, UNE DEUXIÈME VISITE N'EST PAS NÉCESSAIRE.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 300 | SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITÉ APRÈS PASSAGE À LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRÈS L'ODOMÈTRE. GRAPPE | DISTANCE DE LA GRAPPE : <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> PAS 1er SERVICE VISITÉ.....98 | | | |
| | | | | | |
| 301 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNÉE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURESTIME2 SOUS-ESTIME3 | | | |
| 302 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNÉ DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURESTIME2 SOUS-ESTIME3 | | | |

QUESTIONS À POSER AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU SERVICE

| N° | QUESTIONS | | PASSER À | | | | | | | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 303 | Quel type d'hôpital/clinique est-ce ? | GENERAL1 PRINCIPAL2 SPECIALISTE3 MÉDICO-CHIRURGICAUX.....4 SECONDAIRES SIMPLES.....5 CLINIQUE6 AUTRE7 | | | | | | | | | | | |
| 304 | Sous quelle autorité fonctionne cet hôpital/cette clinique ? | GOUVERNEMENTALE/PUBLIQUE1 PRIVÉE2 ÉGLISE/CONFESSIONNELLE.....3 AUTRE4 | | | | | | | | | | | |
| 305 | En quelle année est ouvert cet hôpital/cette clinique ? | ANNÉE D'OUVERTURE.....19 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 306 | Combien de lits dispose cet hôpital/cette clinique ? | NOMBRE DE LITS <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 307 | En moyenne combien de patients externes sont consultés chaque jour dans cet hôpital/clinique ? | NOMBRE DE PATIENTS EXTERNES PAR JOUR... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 308 | De combien d'employés suivants dispose cet hôpital/cette clinique ? Médecins ? Spécialistes ? Infirmier(e)s ? Sage-femmes ? Aides Sanitaires ? | NOMBRE DE : MÉDECINS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> SPECIALISTES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> INFIRMIER(E)S..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> SAGE-FEMMES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> AIDES SANITAIRES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVATIONS :

| N° | QUESTIONS | | PASSER A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|-----|----------------|---|---|---------------|---|---|-----------------|---|---|-----------------------------------------|---|---|-------------------------------|---|---|-----------------------------------------------|---|---|--------------------------------|---|---|------------------|---|---|--------------------------|---|---|-----------------------------------|---|---|-----------------------|---|---|---------------|---|---|------------------------|---|---|---------------|---|---|------------------------------------------------|---|---|--------------|---|---|--|
| 311 | Quelle est la méthode la plus fréquente, utilisée pour la stérilisation des instruments médicaux ? | STERILISATEUR ELECTRIQUE/POUPINEL...1 AUTOCLAVE.....2 PRESSION A VAPEUR3 AUTRE4 AUCUNE5 | → 313 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 312 | Est-ce que le (TYPE D'EQUIPEMENT POUR STERILISATION) a été déjà en panne à n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois ? | OUI1 NON.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 313 | Est ce que l'hôpital/clinique possède les équipements suivants, en état de fonctionnement ? | <table><thead><tr><th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr></thead><tbody><tr><td>Eau courante ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Electricité ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Refrigerateur ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Générateur d'appui/groupe électrogène ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Téléphone ou émetteur radio ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Salle d'opération en état de fonctionnement ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Salle d'attente de maternité ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Banque de sang ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Table d'examen médical ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Lampe pour examen gynécologique ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Stéthoscope med/obs ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Spéculum v. ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Balance pour enfants ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Tensiomètre ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Microscope ?</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table> | | OUI | NON | Eau courante ? | 1 | 2 | Electricité ? | 1 | 2 | Refrigerateur ? | 1 | 2 | Générateur d'appui/groupe électrogène ? | 1 | 2 | Téléphone ou émetteur radio ? | 1 | 2 | Salle d'opération en état de fonctionnement ? | 1 | 2 | Salle d'attente de maternité ? | 1 | 2 | Banque de sang ? | 1 | 2 | Table d'examen médical ? | 1 | 2 | Lampe pour examen gynécologique ? | 1 | 2 | Stéthoscope med/obs ? | 1 | 2 | Spéculum v. ? | 1 | 2 | Balance pour enfants ? | 1 | 2 | Tensiomètre ? | 1 | 2 | Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ? | 1 | 2 | Microscope ? | 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eau courante ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Electricité ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Refrigerateur ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Générateur d'appui/groupe électrogène ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone ou émetteur radio ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salle d'opération en état de fonctionnement ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salle d'attente de maternité ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Banque de sang ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Table d'examen médical ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lampe pour examen gynécologique ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stéthoscope med/obs ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spéculum v. ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Balance pour enfants ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tensiomètre ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Microscope ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SERVICES DISPONIBLES A L'HOPITAL/A LA CLINIQUE :

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les services de santé maternelle et infantile qui sont disponibles dans cet hôpital/clinique. POSER Q.314 POUR LE PREMIER SERVICE. SI CE SERVICE EST DISPONIBLE, CONTINUER LE TABLEAU. SI NON POSER LA Q.314 POUR LE SERVICE SUIVANT ?

| SERVICE | 314 L'hôpital/clinique assure-t-il (SERVICE)? | 315 Combien de jours par semaine le service est-il assuré | 316 En quelle année le (SERVICE) a-t-il été offert pour la première fois ? |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 Soins prénatals | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 Soins d'accouchement | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3 Soins post-partum | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4 Séances de vaccination d'enfants | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5 Séances de contrôle de croissance des enfants | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6 Conseil diététique/nutritionnel | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7 Soins SRO (Coin TRO) | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |

OBSERVATIONS :

| N° | QUESTIONS | PASSER A |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 317 | Les médicaments ou les vaccins sont-ils disponibles à l'hôpital/à la clinique ? OUI1 NON2 | → 319 |

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS A L'HOPITAL/A LA CLINIQUE :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles dans cet hôpital/cette clinique. POSER Q.318 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.319. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, CONTINUER AVEC LE MEDICAMENT SUIVANT.

| MEDICAMENTS | 318 Le (MEDICAMENT) est-il disponible maintenant ? | 319 A n'importe quel moment, au cours des 6 derniers mois, avez-vous déjà manqué de (MEDICAMENT) ? |
|---------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Nivaquine (Chloroquine) | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 2 Pénicilline | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 3 Comprimé de fer folaté | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 4 Paquet de SRO (ODIVA) | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 5 Vaccin de DTC | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 6 Vaccin de Polio | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 7 Vaccin de Tétanos | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 8 Vaccin de la Rougeole | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 9 Vaccin du BCG | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |

VOIR 318
SI AU MOINS UN VACCIN EST DISPONIBLE
(S'IL Y A AU MOINS UN "OUI" EN 5 - 9)

SI AUCUN VACCIN N'EST DISPONIBLE
(AUCUN "OUI" EN 5 - 9)

PASSER A
321

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|-----|----------------|---|---|--------------------|---|---|-------------------|---|---|-----------------------|---|---|-------|
| 320 | Puis-je voir les vaccins ? | VACCINS DANS LE REFRIGERATEUR.....1 VACCINS PAS DANS LE REFRIGERATEUR..2 VACCINS NON VUS3 PAS DE VACCINS4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 321 | L'Hôpital/la clinique assure t-il (elle) des services de planification familiale ? | OUI1 NON2 | → 334 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 322 | L'hôpital/la clinique possède-t-il(elle) les genres de personnel suivants travaillant dans la planification familiale ? Médecins ? Infirmier(e)s ? Sage-femmes ? Aides Sanitaires ? | <table><thead><tr><th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr></thead><tbody><tr><td>MEDECINS</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>INFIRMIER(E)S.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>SAGE-FEMMES</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>AIDES SANITAIRES.....</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table> | | OUI | NON | MEDECINS | 1 | 2 | INFIRMIER(E)S..... | 1 | 2 | SAGE-FEMMES | 1 | 2 | AIDES SANITAIRES..... | 1 | 2 | → 324 |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDECINS | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFIRMIER(E)S..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAGE-FEMMES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AIDES SANITAIRES..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 323 | Des médecins de la planification familiale sont-ils formés pour les procédures de la stérilisation ? | OUI1 NON2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 324 | Des personnels sont-ils formés pour la pose de la DIU ? | OUI1 NON2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 325 | Des personnels sont-ils formés pour les autres méthodes de la planification familiale ? | OUI1 NON2 | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVATIONS :

| | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 326 | En moyenne, combien de personnes (par mois) suivent les séances de la planification familiale ? | NOMBRE DE PERSONNES : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 327 | Est-il possible d'obtenir des contraceptifs à l'hôpital/clinique (ou est-il nécessaire d'aller à la pharmacie) ? | OUI1 NON2 | → 333 |
| 328 | En moyenne combien de patients par mois visitent l'hôpital ou la clinique pour se réapprovisionner ? | PATIENTS POUR REAPPROVISIONNEMENT : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les méthodes de la planification familiale disponibles dans cet hôpital/cette clinique. POSER Q. 329 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE A L'HOPITAL, POSER LES AUTRES QUESTIONS. SI NON, PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

| METHODE | 329 La (METHODE) est-elle disponible actuellement ? | 330 Combien de jours par semaine la (METHODE) est-elle disponible ? | 331 Avez vous manqué de (METHODE) au cours des 6 derniers mois ? | 332 En quelle année avez vous fourni la (METHODE) pour la première fois ? |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 01 Pilule | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 02 DIU (Dispositif intra-utérine) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 03 Injection | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 04 Condom (préservatif) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 05 Tablettes moussantes crèmes/gelées | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 06 Stérilisation de la femme | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 07 Autres méthodes A préciser : | OUI1 NON2 331 ← | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| 333 | Avez-vous des conseils pour les méthodes ménométriques ? | OUI1 NON2 | |
| 334 | Quel poste ou titre occupez-vous dans (Hôpital/clinique) ? | | |

LES QUESTIONS 335 A 336 DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE A L'HOPITAL/CLINIQUE EST TERMINEE.

| | | | |
|-----|------------------------------------------------|--------------------------|--|
| 335 | EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME ? | OUI1 NON2 | |
| 336 | AUTRES OBSERVATIONS : | | |

SECTION 4. Date : _____ VISITE AU DISPENSAIRE URBAIN/SMI/CENTRE MEDICAL Nom : _____

SI LE DISPENSAIRE/CENTRE SE TROUVE A 6 HEURES DE MARCHÉ OU MOINS, IL EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 400 A 403 DES L'ARRIVÉE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMÉE DANS LE SERVICE POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.

DEJA VISITE

SI CE SERVICE A ÉTÉ DÉJÀ VISITÉ APRÈS PASSAGE À LA GRAPPE, INSCRIRE CI CONTRE LE NUMÉRO DE LA GRAPPE :
SI CE SERVICE A ÉTÉ DÉJÀ VISITÉ, UNE DEUXIÈME VISITE N'EST PAS NÉCESSAIRE.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 400 | SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITÉ APRÈS PASSAGE À LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRÈS L'ODOMÈTRE. GRAPPE | DISTANCE DE LA GRAPPE : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> PAS 1er SERVICE VISITÉ.....98 | | | | |
| | | | | | | |
| 401 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNÉE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURESTIME2 SOUS-ESTIME3 | | | | |
| 402 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNÉ DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURESTIME2 SOUS-ESTIME3 | | | | |
| 403 | QUEL TYPE DE DISPENSAIRE/CLINIQUE EST-CE ? | DISPENSAIRE URBAIN.....1 SMI.....2 CENTRE MEDICAL.....3 | | | | |

QUESTIONS À POSER AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU SERVICE

| N° | QUESTIONS | | PASSER À | | | | | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 404 | Sous quelle autorité fonctionne ce dispensaire/centre ? | GOUVERNEMENTALE/PUBLIQUE1 PRIVÉE2 ÉGLISE/CONFÉSSIONNELLE.....3 AUTRE4 | | | | | | | | | |
| 405 | En quelle année est ouvert ce dispensaire/centre ? | ANNÉE D'OUVERTURE.....19 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 406 | Combien de lits dispose ce dispensaire/centre ? | NOMBRE DE LITS <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 407 | En moyenne combien de patients externes sont consultés chaque jour dans ce dispensaire/centre ? | NOMBRE DE PATIENTS EXTERNES PAR JOUR... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 408 | De combien d'employés suivants dispose ce dispensaire/centre ? Médecins ? Infirmier(e)s ? Sage-femmes ? Aides Sanitaires ? | NOMBRE DE : MEDECINS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> INFIRMIER(E)S..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> SAGE-FEMMES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> AIDES SANITAIRES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 409 | Y a-t-il eu une visite d'inspection dans cet établissement au cours de la dernière année ? | OUI1 NON2 | → 411 | | | | | | | | |
| 410 | Combien de visites avez-vous eues ? | NOMBRE DE VISITES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

OBSERVATIONS :

| 411 | Quelle est la méthode la plus fréquente, utilisée pour la stérilisation des instruments médicaux ? | STERILISATEUR ELECTRIQUE/POUPINEL...1 PRESSION A VAPEUR.....2 AUTRE.....3 AUCUNE.....4 | → 413 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|----------------|---|---|---------------|---|---|-----------------|---|---|-----------------------------------------|---|---|-------------------------------|---|---|--------------------------------|---|---|------------------|---|---|--------------------------|---|---|-----------------------------------|---|---|-----------------------|---|---|---------------|---|---|------------------------|---|---|---------------|---|---|------------------------------------------------|---|---|--------------|---|---|--|
| 412 | Est-ce que le (TYPE D'EQUIPEMENT POUR STERILISATION) a été déjà en panne à n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois ? | OUI1 NON.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 413 | Est ce que le dispensaire/centre possède les équipements suivants, en état de fonctionnement ? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eau courante ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Electricité ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Refrigerateur ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Générateur d'appui/groupe électrogène ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone ou émetteur radio ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Salle d'attente de maternité ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Banque de sang ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Table d'examen médical ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lampe pour examen gynécologique ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Stéthoscope med/obs ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Spéculum v. ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Balance pour enfants ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tensiomètre ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Microscope ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | Eau courante ? | 1 | 2 | Electricité ? | 1 | 2 | Refrigerateur ? | 1 | 2 | Générateur d'appui/groupe électrogène ? | 1 | 2 | Téléphone ou émetteur radio ? | 1 | 2 | Salle d'attente de maternité ? | 1 | 2 | Banque de sang ? | 1 | 2 | Table d'examen médical ? | 1 | 2 | Lampe pour examen gynécologique ? | 1 | 2 | Stéthoscope med/obs ? | 1 | 2 | Spéculum v. ? | 1 | 2 | Balance pour enfants ? | 1 | 2 | Tensiomètre ? | 1 | 2 | Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ? | 1 | 2 | Microscope ? | 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eau courante ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Electricité ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Refrigerateur ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Générateur d'appui/groupe électrogène ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone ou émetteur radio ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salle d'attente de maternité ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Banque de sang ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Table d'examen médical ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lampe pour examen gynécologique ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stéthoscope med/obs ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spéculum v. ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Balance pour enfants ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tensiomètre ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Microscope ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SERVICES DISPONIBLES DANS LE DISPENSAIRE/CENTRE :

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les services de santé maternelle et infantile qui sont disponibles dans ce dispensaire/centre. POSER Q.414 POUR LE PREMIER SERVICE. SI CE SERVICE EST DISPONIBLE, CONTINUER LE TABLEAU. SI NON POSER, POSER LA Q.414 POUR LE SERVICE SUIVANT ?

| SERVICE | 414 L'hôpital/clinique assure-t-il (SERVICE) ? | 415 Combien de jours par semaine le service est-il assuré | 416 En quelle année le (SERVICE) a-t-il été offert pour la première fois ? |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 Soins prénatals | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 Soins d'accouchement | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3 Soins post-partum | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4 Séances de vaccinations d'enfants | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5 Séances de contrôle de croissance des enfants | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6 Conseil diététique/nutritionnel | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7 Soins SRO (Coin PRO) | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |

OBSERVATIONS :

| N° | QUESTIONS | PASSER A |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 417 | Les médicaments et les vaccins sont-ils disponibles dans ce dispensaire/centre ? | OUI1 NON2 → 421 |

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS AU DISPENSAIRE/CENTRE :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles dans ce dispensaire/centre. POSER Q.418 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.419. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, CONTINUER AVEC LE MEDICAMENT SUIVANT.

| MEDICAMENTS | 418 Le (MEDICAMENT) est-il disponible maintenant ? | 419 A n'importe quel moment, au cours des 6 derniers mois, avez-vous déjà manqué de (MEDICAMENT) ? |
|---------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Nivaquine (Chloroquine) | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 2 Pénicilline | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 3 Comprimé de fer folaté | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 4 Paquet de SRO (ODIVA) | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 5 Vaccin de DTC | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 6 Vaccin de Polio | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 7 Vaccin de Tétanos | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 8 Vaccin de la Rougeole | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 9 Vaccin du BCG | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |

VOIR 418

SI AU MOINS UN VACCIN EST DISPONIBLE
(S'IL Y A AU MOINS UN "OUI" EN 5 - 9)

SI AUCUN VACCIN N'EST DISPONIBLE
(AUCUN "OUI" EN 5 - 9)

PASSER A
421

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 420 | Puis-je voir les vaccins ? | VACCINS DANS LE REFRIGERATEUR.....1 VACCINS PAS DANS LE REFRIGERATEUR..2 VACCINS NON VUS3 PAS DE VACCINS4 | |
| 421 | Le dispensaire/centre assure-t-il des services de planification familiale ? | OUI1 NON2 → 434 | |
| 422 | Le dispensaire/centre possède-t-il les genres de personnel suivants travaillant dans la planification familiale ? Infirmier(e)s ? Sage-femmes ? Aides Sanitaires ? Autres ? | OUI NON INFIRMIER(E)S..... 1 2 SAGE-FEMMES 1 2 AIDES SANITAIRES..... 1 2 AUTRES..... 1 2 | |
| 424 | Des personnels sont-ils formés pour la pose de la DIU ? | OUI1 NON2 | |
| 425 | Des membres du personnels sont-ils formés sur les autres méthodes de la planification familiale ? | OUI1 NON2 | |
| 426 | En moyenne, combien de personnes (par mois) suivent les séances de la planification familiale ? | NOMBRE DE PERSONNES : (MOIS) <input type="text"/> | |

OBSERVATIONS :

| | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 427 | Est-il possible d'obtenir des contraceptifs dans le dispensaire/centre (ou est-il nécessaire d'aller à la pharmacie) ? | OUI1 NON2 | → 433 |
| 428 | En moyenne combien de patients par mois visitent le dispensaire/centre pour se réapprovisionner ? | PATIENTS POUR REAPPROVISIONNEMENT : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les méthodes de la planification familiale disponibles dans ce dispensaire/centre. POSER Q.429 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE A L'HOPITAL, POSER LES AUTRES. QUESTIONS. SI NON, PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

| METHODE | 429 La (METHODE) est-elle disponible actuellement ? | 430 Combien de jours par semaine la (METHODE) est-elle disponible ? | 431 Avez vous manqué de (METHODE) au cours des 6 derniers mois ? | 432 En quelle année avez-vous fourni la (METHODE) pour la première fois ? |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 01 Pilule | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 02 DIU (Dispositif intra-utérine) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 03 Injection | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 04 Condom (préservatif) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 05 Tablettes moussante crèmes/gelées | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 06 Stérilisation de la femme | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 07 Autres méthodes A préciser : | OUI1 NON2 433 ← | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|--------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| 433 | Donnez-vous des conseils pour les méthodes ménométriques ? | OUI1 NON2 | |
| 434 | Quel poste ou titre occupez-vous dans (Dispensaire/centre) ? | | |

LES QUESTIONS 435 A 436 DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE AU DISPENSAIRE/CENTRE EST TERMINEE.

| | | | |
|-----|------------------------------------------------|--------------------------|--|
| 435 | EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME ? | OUI1 NON2 | |
| 436 | AUTRES OBSERVATIONS : | | |

SECTION 5. Date : _____ VISITE AU MEDECIN PRIVE/CSSP/POSTE

Nom : _____

SI LE MEDECIN PRIVE OU CSSP SE TROUVE A 6 HEURES DE MARCHE OU MOINS, IL EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 500 A 503 DES L'ARRIVEE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMEE DANS LE LE SERVICE POUR REPENDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.

DEJA VISITE

SI CE SERVICE A ETE DEJA VISITE APRES PASSAGE A LA GRAPPE, INSCRIRE CI CONTRE LE NUMERO DE LA GRAPPE :
SI CE SERVICE A ETE DEJA VISITE, UNE DEUXIEME VISITE N'EST PAS NECESSAIRE.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 500 | SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITE APRES PASSAGE A LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRES L'ODOMETRE.GRAPPE | DISTANCE DE LA GRAPPE : <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> PAS 1er SERVICE VISITE.....98 | | | |
| | | | | | |
| 501 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURESTIME2 SOUSESTIME3 | | | |
| 502 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURESTIME2 SOUSESTIME3 | | | |
| 503 | QUEL TYPE DE MEDECIN/ETABLISSEMENT EST-CE ? | MEDECIN PRIVE.....1 CSSP.....2 POSTE SANITAIRE.....3 POSTE D'INFIRMERIE.....4 POSTE D'ACCOUCHEMENT.....5 | | | |

QUESTIONS A POSER AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU SERVICE

| N° | QUESTIONS | | PASSER A | | | | | | | | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 504 | Sous quelle autorité fonctionne cet établissement ? | GOVERNEMENTALE/PUBLIQUE.....1 PRIVEE2 EGLISE/CONFESSIONNELLE.....3 AUTRE4 | | | | | | | | | |
| 505 | En quelle année le médecin/le CSSP a-t-il commencé pour la première fois à recevoir les patients ? | ANNEE19 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 506 | Combien de patients par jour le médecin/le CSSP reçoit-il ? | NOMBRE DE PATIENTS.. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 507a | Combien d'heures par semaine le médecin/le CSSP est-il disponible pour recevoir les patients ? | HEURE PAR SEMAINE..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 507b | Combien de jours par semaine le médecin/le CSSP est-il disponible pour recevoir les patients ? | JOURS PAR SEMAINE..... <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 508 | De combien d'employés suivants dispose cet établissement ? Médecine ? Infirmier(e)s ? Sage-femmes ? Aides Sanitaires ? | NOMBRE DE : MEDECINS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> INFIRMIER(E)S..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> SAGE-FEMMES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> AIDES SANITAIRES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 509 | D'habitude, y-a-t-il une visite d'inspection dans cet établissement ? | OUI1 NON2 | → 511 | | | | | | | | |

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|-----|----------------|--------------------|---|---------------|-------------------|---|-----------------|---------------------|---|-----------------------------------------|--------------------------|---|-------------------------------|-----------------|---|--------------------------------|-----------------------------|---|------------------|----------------------|---|--------------------------|----------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------|-------------------|---|---------------|----------------|---|------------------------|----------------------|---|---------------|--------------------|---|------------------------------------------------|------------------------|---|--------------|------------------|---|--|
| 510 | Combien de fois par an ? (LA VISITE D'INSPECTION) | NOMBRE DE VISITES D'INSPECTION PAR AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 511 | Quelle est la méthode la plus fréquente, utilisée pour la stérilisation des instruments médicaux ? | STERILISATEUR ELECTRIQUE/POUPINEL...1 PRESSION A VAPEUR.....2 AUTRE.....3 AUCUNE4 | → 513 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 512 | Est-ce que le (TYPE D'EQUIPEMENT POUR STERILISATION) a été déjà en panne à n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois ? | OUI1 NON2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 513 | Est-ce que le cabinet/ le CSSP possède les équipements suivants, en état de fonctionnement ? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eau courante ?</td> <td>EAU COURANTE.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Electricité ?</td> <td>ELECTRICITE.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Refrigérateur ?</td> <td>REFRIGERATEUR.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Générateur d'appui/groupe électrogène ?</td> <td>GENERATEUR D'APPUI.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone ou émetteur radio ?</td> <td>TELEPHONE.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Salle d'attente de maternité ?</td> <td>SALLE D'ATTENTE MATERNITE.1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Banque de sang ?</td> <td>BANQUE DE SANG.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Table d'examen médical ?</td> <td>TABLE-EXAMEN-MEDICAL.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lampe pour examen gynécologique ?</td> <td>LAMPES -EXAMEN-GYNECO.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Stéthoscope med/obs ?</td> <td>STETHOSCOPE.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Spéculum v. ?</td> <td>SPECULUM.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Balance pour enfants ?</td> <td>BALANCE-ENFANT.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tensiomètre ?</td> <td>TENSIONMETRE.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ?</td> <td>HEMOGLOBINOMETRE.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Microscope ?</td> <td>MICROSCOPE.....1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | Eau courante ? | EAU COURANTE.....1 | 2 | Electricité ? | ELECTRICITE.....1 | 2 | Refrigérateur ? | REFRIGERATEUR.....1 | 2 | Générateur d'appui/groupe électrogène ? | GENERATEUR D'APPUI.....1 | 2 | Téléphone ou émetteur radio ? | TELEPHONE.....1 | 2 | Salle d'attente de maternité ? | SALLE D'ATTENTE MATERNITE.1 | 2 | Banque de sang ? | BANQUE DE SANG.....1 | 2 | Table d'examen médical ? | TABLE-EXAMEN-MEDICAL.....1 | 2 | Lampe pour examen gynécologique ? | LAMPES -EXAMEN-GYNECO.....1 | 2 | Stéthoscope med/obs ? | STETHOSCOPE.....1 | 2 | Spéculum v. ? | SPECULUM.....1 | 2 | Balance pour enfants ? | BALANCE-ENFANT.....1 | 2 | Tensiomètre ? | TENSIONMETRE.....1 | 2 | Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ? | HEMOGLOBINOMETRE.....1 | 2 | Microscope ? | MICROSCOPE.....1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eau courante ? | EAU COURANTE.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Electricité ? | ELECTRICITE.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Refrigérateur ? | REFRIGERATEUR.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Générateur d'appui/groupe électrogène ? | GENERATEUR D'APPUI.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone ou émetteur radio ? | TELEPHONE.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salle d'attente de maternité ? | SALLE D'ATTENTE MATERNITE.1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Banque de sang ? | BANQUE DE SANG.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Table d'examen médical ? | TABLE-EXAMEN-MEDICAL.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lampe pour examen gynécologique ? | LAMPES -EXAMEN-GYNECO.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stéthoscope med/obs ? | STETHOSCOPE.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spéculum v. ? | SPECULUM.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Balance pour enfants ? | BALANCE-ENFANT.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tensiomètre ? | TENSIONMETRE.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ? | HEMOGLOBINOMETRE.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Microscope ? | MICROSCOPE.....1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SERVICES DISPONIBLES AU MEDECIN PRIVE/CSSP/POSTE:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les services de santé maternelle et infantile qui sont disponibles dans ce cabinet/CSSP/Poste. POSER Q.514 POUR LE PREMIER SERVICE. SI CE SERVICE EST DISPONIBLE, CONTINUER LE TABLEAU. SI NON POSER LA Q.514 POUR LE SERVICE SUIVANT .

| SERVICE | 514 Le (MEDECIN/CSSP) assure-t-il (SERVICE)? | 515 Combien de jours par semaine le service est-il assuré | 516 En quelle année le (SERVICE) a-t-il été offert pour la première fois ? |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 Soins prénatals | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 Soins d'accouchement | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3 Soins post-partum | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4 Séances de vaccinations d'enfants | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5 Séances de contrôle de croissance des enfants | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6 Conseil diététique/nutritionnel | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7 Soins SRO (Coin TRO) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |

OBSERVATIONS :

| N° | QUESTIONS | | PASSER A |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| 517 | Le médecin fournit-il des médicaments ou des vaccins ? Le CSSP/POSTE dispose-t-il des médicaments ou des vaccins | OUI1 NON2 | → 521 |

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS AU CABINET/CSSP :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles dans ce cabinet/CSSP. POSER Q.518 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.519. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, CONTINUER AVEC LE MEDICAMENT SUIVANT.

| MEDICAMENTS | 518 Le (MEDICAMENT) est-il disponible maintenant ? | 519 A n'importe quel moment, au cours des 6 derniers mois, avez-vous déjà manqué de (MEDICAMENT) ? |
|---------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Nivaquine (Chloroquine) | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 2 Pénicilline | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 3 Comprimé de fer folaté | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 4 Paquet de SRO (ODIVA) | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 5 Vaccin de DTC | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 6 Vaccin de Polio | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 7 Vaccin de Tétanos | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 8 Vaccin de la Rougeole | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 9 Vaccin du BCG | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |

VOIR 518
SI AU MOINS UN VACCIN EST DISPONIBLE
(S'IL Y A AU MOINS UN "OUI" EN 5 - 9)

SI AUCUN VACCIN N'EST DISPONIBLE
(AUCUN "OUI" EN 5 - 9)

PASSER A
521

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 520 | Puis-je voir les vaccins ? | VACCINS DANS LE REFRIGERATEUR.....1 VACCINS PAS DANS LE REFRIGERATEUR..2 VACCINS NON VUS3 PAS DE VACCINS4 | |
| 521 | Le médecin/le CSSP assure t-il des services de planification familiale ? | OUI1 NON2 | → 534 |
| 524 | Le médecin/l'aide sanitaire est-il formé pour la pose de la DIU ? | OUI1 NON2 | |
| 525 | Des membres du personnels sont-ils formés sur les autres méthodes de la planification familiale ? | OUI1 NON2 | |
| 526 | En moyenne, combien de personnes (par mois) suivent les séances de la planification familiale ? | NOMBRE DE PERSONNES : (MOIS) | |

OBSERVATIONS :

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 527 | Est-il possible d'obtenir des contraceptifs chez le (MEDECIN/CSSP) (ou est-il nécessaire d'aller à la pharmacie) ? | OUI1 NON2 | →531 |
| 528 | En moyenne combien de patients par mois visitent ce médecin/CSSP/ Poste pour se réapprovisionner ? | PATIENTS POUR REAPPROVISIONNEMENT : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les méthodes de la planification familiale disponibles dans ce cabinet/centre. POSER Q.529 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE A L'HOPITAL, POSER LES AUTRES QUESTIONS. SI NON, PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

| METHODE | 529 La (METHODE) est-elle disponible actuellement ? | 530 Combien de jours par semaine la (METHODE) est-elle disponible ? | 531 Avez vous manqué de (METHODE) au cours des 6 derniers mois? | 531 En quelle année avez vous fourni la (METHODE) pour la première fois ? |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 01 Pilule | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 02 DIU (Dispositif intra-utérine) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 03 Injection | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 04 Condom (préservatif) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 05 Tablettes moussantes crèmes/gelées | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 06 Stérilisation de la femme | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 07 Autres méthodes A préciser : | OUI1 NON2 531 ← | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| 533 | Donnez-vous des conseils pour les méthodes ménométriques ? | OUI1 NON2 | |
| 534 | Quel poste ou titre occupez-vous ? | | |

LES QUESTIONS 535 A 536 DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE AU DISPENSAIRE/CENTRE EST TERMINEE.

| | | | |
|-----|------------------------------------------------|--------------------------|--|
| 535 | EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME ? | OUI1 NON2 | |
| 536 | AUTRES OBSERVATIONS : | | |

SECTION 6. Date : _____ VISITE AU MEDECIN D'ENTREPRISE

Nom : _____

SI LE MEDECIN D'ENTREPRISE SE TROUVE A 6 HEURES DE MARCHE OU MOINS, IL EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 600 A 602 DES L'ARRIVEE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMEE DANS LE SERVICE POUR REPONRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.

DEJA VISITE

SI CE SERVICE A ETE DEJA VISITE APRES PASSAGE A LA GRAPPE, INSCRIRE CI CONTRE LE NUMERO DE LA GRAPPE :
SI CE SERVICE A ETE DEJA VISITE, UNE DEUXIEME VISITE N'EST PAS NECESSAIRE.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 600 | SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITE APRES PASSAGE A LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRES L'ODOMETRE.GRAPPE | DISTANCE DE LA GRAPPE : <table><tr><td></td><td></td></tr></table> PAS 1er SERVICE VISITE.....98 | | | |
| | | | | | |
| 601 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURETIME2 SOUSESTIME3 | | | |
| 602 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURETIME2 SOUSESTIME3 | | | |

QUESTIONS A POSER AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU SERVICE

| N° | QUESTIONS | | PASSER A |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 605 | En quelle année le médecin d'entreprise a-t-il débuté ? | ANNEE19 <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 606 | Combien de lits dispose ce médecin d'entreprise ? | NOMBRE DE LITS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 607 | En moyenne combien de patients par jour sont consultés par ce médecin d'entreprise ? | NOMBRE DE PATIENTS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 608 | De combien d'employés suivants dispose ce médecin d'entreprise ? Médecins ? Infirmier(e)s ? Sage-femmes ? Aides Sanitaires ? | NOMBRE DE : MEDECINS <input type="text"/> <input type="text"/> INFIRMIER(E)S..... <input type="text"/> <input type="text"/> SAGE-FEMMES <input type="text"/> <input type="text"/> AIDES SANITAIRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 611 | Quelle est la méthode la plus fréquente, utilisée pour la stérilisation des instruments médicaux ? | STERILISATEUR ELECTRIQUE/POUPINEL...1 PRESSION A VAPEUR.....2 AUTRE..3 AUCUNE4 | 613 |
| 612 | Est-ce que le (TYPE D'EQUIPEMENT POUR STERILISATION) a été déjà en panne à n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois ? | OUI1 NON2 | |

OBSERVATIONS :

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| 613 | Est ce que l'entreprise possède les équipements suivants, en état de fonctionnement ? | OUI NON | |
| | Eau courante ? | EAU COURANTE.....1 2 | |
| | Electricité ? | ELECTRICITE.....1 2 | |
| | Refrigérateur ? | REFRIGERATEUR.....1 2 | |
| | Générateur d'appui/groupe électrogène ? | GENERATEUR D'APPUI.....1 2 | |
| | Téléphone ou émetteur radio ? | TELEPHONE.....1 2 | |
| | Salle d'attente de maternité ? | SALLE D'ATTENTE MATERNITE.....1 2 | |
| | Banque de sang ? | BANQUE DE SANG.....1 2 | |
| | Table d'examen médical ? | TABLE-EXAMEN-MEDICAL.....1 2 | |
| | Lampe pour examen gynécologique ? | LAMPES-EXAMEN-GYNECO.....1 2 | |
| | Stéthoscope med/obs ? | STETHOSCOPE.....1 2 | |
| | Spéculum v. ? | SPECULUM.....1 2 | |
| | Balance pour enfants ? | BALANCE-ENFANT.....1 2 | |
| | Tensiomètre ? | TENSIONOMETRE.....1 2 | |
| | Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie ? | HEMOGLOBINOMETRE.....1 2 | |
| | Microscope ? | MICROSCOPE.....1 2 | |

SERVICES DISPONIBLES AU MEDECIN D'ENTREPRISE :

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les services de santé maternelle et infantile qui sont disponibles chez ce médecin d'entreprise. POSER Q.614 POUR LE PREMIER SERVICE. SI CE SERVICE EST DISPONIBLE, CONTINUER LE TABLEAU. SI NON POSER LA Q.614 POUR LE SERVICE SUIVANT.

| SERVICE | 614 Le (MEDECIN) assure-t-il (SERVICE) ? | 615 Combien de jours par semaine (LE SERVICE) est-il assuré | 616 En quelle année le (SERVICE) a-t-il été offert pour la première fois ? |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 Soins prénatals | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 Soins d'accouchement | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3 Soins post-partum | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4 Séances de vaccinations d'enfants | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5 Séances de contrôle de croissance des enfants | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6 Conseil diététique/nutritionnel | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7 Soins SRO (Coin TRO) | OUI1 NON2 | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |

| N° | QUESTIONS | PASSER A |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 617 | Les médicaments et les vaccins sont-ils disponibles chez le médecin ? | OUI1 NON2 → 621 |

OBSERVATIONS :

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS AU MEDECIN D'ENTREPRISE :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles chez ce médecin d'entreprise. POSER Q.618 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.619. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, CONTINUER AVEC LE MEDICAMENT SUIVANT.

| MEDICAMENTS | 618 Le (MEDICAMENT) est-il disponible maintenant ? | 619 A n'importe quel moment, au cours des 6 derniers mois, avez-vous déjà manqué de (MEDICAMENT) ? |
|---------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Nivaquine (Chloroquine) | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 2 Pénicilline | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 3 Comprimé de fer folaté | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 4 Paquet de SRO (ODIVA) | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 5 Vaccin de DTC | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 6 Vaccin de Polio | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 7 Vaccin de Tétanos | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 8 Vaccin de la Rougeole | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |
| 9 Vaccin du BCG | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 |

VOIR 618
SI AU MOINS UN VACCIN EST DISPONIBLE
(S'IL Y A AU MOINS UN "OUI" EN 5 - 9)

SI AUCUN VACCIN N'EST DISPONIBLE
(AUCUN "OUI" EN 5 - 9)

PASSER A
621

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 620 | Puis-je voir les vaccins ? | VACCINS DANS LE REFRIGERATEUR.....1 VACCINS PAS DANS LE REFRIGERATEUR..2 VACCINS NON VUS3 PAS DE VACCINS4 | |
| 621 | L'entreprise assure t-elle des services de planification familiale ? | OUI1 NON2 | → 634 |
| 622 | L'entreprise dispose t-il les personnels suivants pour la planification familiale ? Médecins ? Infirmier(e)s ? Sage-femmes ? Aides Sanitaires ? | OUI NON MEDECINS 1 2 INFIRMIER(E)S..... 1 2 SAGE-FEMMES 1 2 AIDES SANITAIRES..... 1 2 | → 624 |
| 623 | Des médecins de la planification familiale sont-ils formés pour les procédures de la stérilisation ? | OUI1 NON2 | |
| 624 | Des personnels sont-ils formés pour la pose de la DIU ? | OUI1 NON2 | |
| 625 | Des membres du personnels sont-ils formés sur les autres méthodes de la planification familiale ? | OUI1 NON2 | |
| 626 | En moyenne, combien de personnes (par mois) suivent les séances de la planification familiale ? | NOMBRE DE PERSONNES : (MOIS) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 627 | Est-il possible d'obtenir des contraceptifs chez le (MEDECIN/ CSSP) (ou est-il nécessaire d'aller à la pharmacie) ? | OUI1 NON2 | → 633 |

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 628 | En moyenne combien de patients par mois visitent l'entreprise pour se réapprovisionner ? | PATIENTS POUR REAPPROVISIONNEMENT : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les méthodes de la planification familiale disponibles chez ce médecin d'entreprise. POSER Q.629 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE A L'HOPITAL, POSER LES AUTRES QUESTIONS. SI NON PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

| METHODE | 629 La (METHODE) est-elle disponible actuellement ? | 630 Combien de jours par semaine la (METHODE) est-elle disponible ? | 631 Avez vous manqué de (METHODE) au cours des 6 derniers mois ? | 632 En quelle année avez-vous fourni la (METHODE) pour la première fois ? |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 01 Pilule | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 02 DIU (Dispositif intra-utérine) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 03 Injection | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 04 Condom (préservatif) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 05 Tablettes moussante crèmes/gelées) | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 06 Stérilisation de la femme | OUI1 NON2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 07 Autres méthodes A préciser : | OUI1 NON2 633 ← | <input type="text"/> | OUI1 NON2 | 19 <input type="text"/> <input type="text"/> |

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| 633 | Donnez-vous des conseils pour les méthodes ménométriques ? | OUI1 NON2 | |
| 634 | Quel poste ou titre occupez-vous dans l'entreprise ? | | |

LES QUESTIONS 635 A 636 DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE AU MEDECIN D'ENTREPRISE EST TERMINEE.

| | | | |
|-----|------------------------------------------------|--------------------------|--|
| 635 | EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME ? | OUI1 NON2 | |
| 636 | AUTRES OBSERVATIONS : | | |

SECTION 7. Date : _____ VISITE A LA PHARMACIE/AU DEPOT

Nom : _____

SI LA PHARMACIE/DEPOT DE MEDICAMENTS SE TROUVE A 6 HEURES DE MARCHÉ OU MOINS, IL EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 700 ET 702 DES L'ARRIVÉE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMÉE DANS LE SERVICE POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.

DEJA VISITE

SI CE SERVICE A ÉTÉ DÉJÀ VISITÉ APRÈS LA VISITE A LA GRAPPE, INSCRIRE CI CONTRE LE NUMÉRO DE LA GRAPPE :
SI CE SERVICE A ÉTÉ DÉJÀ VISITÉ, UNE DEUXIÈME VISITE N'EST PAS NÉCESSAIRE.

☐ ☐ ☐

| | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 700 | SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITÉ APRÈS LA VISITE A LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRÈS L'ODOMETRE.GRAPPE | DISTANCE DE LA GRAPPE : <input type="text"/> <input type="text"/> PAS 1er SERVICE VISITÉ.....98 |
| 701 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNÉE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURESTIME2 SOUSESTIME3 |
| 702 | PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNÉ DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE ? | RAISONNABLE.....1 SURESTIME2 SOUSESTIME3 |

QUESTIONS A POSER AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU SERVICE

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|-----|-------------------|---|---|------------------|---|---|--------------------|---|---|-------------------------|---|---|----------------|---|---|--|
| 703 | Combien d'heures par semaine la pharmacie est-elle ouverte/le dépôt est-il ouvert ? | HEURE PAR SEMAINE..... <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 704 | Combien de jours par semaine la pharmacie est-elle ouverte/le dépôt est-il ouvert ? | JOURS PAR SEMAINE..... <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 705 | Y a-t-il un pharmacien formé disponible ? | OUI 1 NON 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 706 | Est ce que la pharmacie/le dépôt dispose des installations suivantes, en état de fonctionnement ? Eau courante ? Electricité ? Réfrigérateur ? Générateur d'appui/groupe électrogène ? Téléphone ou émetteur radio ? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU COURANTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ELECTRICITE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>GENERATEUR D'APPUI.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | EAU COURANTE..... | 1 | 2 | ELECTRICITE..... | 1 | 2 | REFRIGERATEUR..... | 1 | 2 | GENERATEUR D'APPUI..... | 1 | 2 | TELEPHONE..... | 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EAU COURANTE..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELECTRICITE..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFRIGERATEUR..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GENERATEUR D'APPUI..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEPHONE..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 707 | En quelle année la pharmacie a-t-elle été ouverte au public ? | ANNEE19 <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS A LA PHARMACIE/AU DEPOT :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles dans cette pharmacie/dépôt. POSER Q.708 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.709 ET 710. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, CONTINUER AVEC LE MEDICAMENT SUIVANT.

| MEDICAMENT | 708 Le(MEDICAMENT)est-il disponible actuellement? | 709 A n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois, avez vous déjà manqué de médicaments | 710 Combien coûte le (MEDICAMENT) ? |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 Nivequine COUTE : TRAITEMENT ENFANT/2 COMPLEMENTES | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FMG |
| 02 Pénicilline COUTE : UNE INJECTION | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FMG |
| 03 Comprimé de fer folaté COUTE : 10 TABLETTES | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FMG |
| 04 Paquets de SRO COUTE : UN PAQUET | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FMG |

OBSERVATIONS :

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| 711 | Est-ce que la pharmacie vend des produits de la planification familiale ? | OUI1 NON2 | → 715 |

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES :

Maintenant je vous voudrais vous poser des questions sur les méthodes de la planification familiale disponibles dans ce cette pharmacie/ce dépôt. POSER 0.712 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE A L'HOPITAL, POSER LES AUTRES QUESTIONS SI NON, PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

| METHODE | 712 La (METHODE) est-elle disponible actuellement ? | 713 A n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois, avez vous déjà manqué de (METHODE) ? | 714 Combien coûte le (MEDICAMENT) ? |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 Pilule COUTE : UN PAQUET | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FMG |
| 03 Condom COUTE : UNE PIECE | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FMG |
| 05 Tablettes moussantes COUTE : 20 TABLETTES | OUI1 NON2 | OUI1 NON2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FMG |
| 06 Autres méthodes A préciser : | OUI1 NON2 715 ← | OUI1 NON2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FMG |

| N° | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|-----------------------------------------------------------------|-------|----------|
| 715 | Quel poste ou titre occupez-vous dans (la pharmacie/le dépôt) ? | | |

LES QUESTIONS DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE A LA PHARMACIE EST TERMINEE

| | | | |
|-----|------------------------------------------------|--------------------------|--|
| 716 | EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME ? | OUI1 NON2 | |
| 717 | AUTRES OBSERVATIONS : | | |