

MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

DRAFT DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INVENTAIRE

001	NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE	_____
002	LOCALISATION DE LA STRUCTURE (COMMUNE/COMMUNAUTE RURALE)	_____
003	REGION/PROVINCE	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>
004	DISTRICT SANITAIRE	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
005	CODE DE LA STRUCTURE	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
006	TYPE STRUCTURE SANITAIRE	
	HÔPITAL	01
	CENTRE DE SANTE	02
	POSTE DE SANTE	03
007	STATUT DE LA STRUCTURE SANITAIRE (PROPRIETE)	
	PUBLIQUE	1
	ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF	2
	PRIVE	3
	PRIVE CONFESIONNEL	4
008	URBAIN/RURAL	
	URBAIN	1
	RURAL	2
009	HOSPITALISATION SEULEMENT	
	OUI	1
	NON	2

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUÊTEUR <input type="text"/> <input type="text"/>
RESULTAT	_____	_____	_____	RESULTAT <input type="text"/> <input type="text"/>

CODES RESULTAT (VISITE FINALE):

- 1 : REMPLI POUR LA STRUCTURE
 2 : REPONDANT NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE
 3 : DIFFERE
 4 : REFUS DE LA STRUCTURE
 5 : PARTIELLEMENT REMPLI
 6 : AUTRE _____

(SPECIFIER)

NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN PF.	
NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS CONSULTATIONS ENFANTS MALADES.	

POSITIONNER LE GPS

- POSITIONNER LES DONNEES SUR LA LATITUDE ET LA LONGITUDE
- POSITIONNER EN DEGRE DECIMAL
- POSITIONNER LES DONNEES SUR WGS84

SE POSITIONNER A L'ENTREE DE LA STRUCTURE SANITAIRE EN AYANT UNE VUE DEGAGEE DU CIEL

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 7 ALLER AU MENU PRINCIPAL, SELECTIONNER "WAYPOINT LIST" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 8 SELECTIONNER VOTRE WAYPOINT
- 9 COPIER LES INFORMATIONS A PARTIR DE LA PAGE WAYPOINT
- 10 PRENDRE L'ALTITUDE

ASSUREZ-VOUS DE COPIER LE NOM DU WAYPOINT A PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DU WAYPOINT POUR VER
QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE SUR LE WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)	NOM WAYPOINT <input type="text"/>
011 HAUTEUR	HAUTEUR <input type="text"/>
012 LATITUDE	N/S a
	DEGRES/DECIM b <input type="text"/> <input type="text"/> . c <input type="text"/>
013 LONGITUDE	E/O a
	DEGREES/DECIM b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . c <input type="text"/>

CONSENTEMENT

IDENTIFIER LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE DE SANTE OU L'AGENT DE SANTE AYANT LE GRADE LE PLUS ELEVE QUI EST PRESENT DANS LA STRUCTURE.
LIRE LA PRESENTATION SUIVANTE:

Bonjour! Mon nom est _____. Je représente le ministère de la santé et l'agence nationale des statistiques dans une étude des structures de santé, pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations de services de santé au Sénégal.

Je vais vous lire maintenant une déclaration expliquant l'étude.

Votre structure de santé a été sélectionnée pour faire partie de cette étude. Nous vous poserons des questions sur divers services de santé. Les informations collectées dans votre structure pourront être utilisées par le Ministère de Santé, les organisations qui soutiennent les services de santé de votre structure, et par les chercheurs, pour améliorer l'offre de services de santé ou pour mener des études plus poussées sur ces mêmes services.

Ni votre nom, ni celui de tout autre prestataire de santé qui participera à cette étude ne figurera dans la base de données ou dans un quelconque rapport ; cependant, il y a un très faible risque qu'un des répondants puisse être identifié par la suite. Nous sollicitons tout de même votre aide pour collecter les informations.

Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question ou d'interrompre l'interview à tout moment. Cependant nous espérons que vous répondrez aux questions, ce sera un bénéfice pour les services que vous dispensez et pour le pays.

S'il y a des questions pour lesquelles une autre personne est plus indiquée pour donner l'information, nous vous serions reconnaissants de nous mettre en contact avec cette personne afin de nous aider à collecter cette information.

Avez-vous des questions sur l'étude? Est-ce que je peux commencer l'interview?

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR/TRICE INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT JOUR MOIS ANNEE 2 0 1

100	Puis-je commencer l'interview?	OUI 1 NON 2	→ ARRET
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> HEURES MINUTES </div>	

EXPLIQUEZ A L'INTERVIEWE(E) DES LE DEBUT DE L'INTERVIEW QU'IL Y AURA DES QUESTIONS SUR LES REUNIONS DE GESTION ET SUR LES REALISEES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. EXPLIQUEZ AUSSI QUE VOUS AUREZ BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE REUNIONS ET ACTIVITES ET QU'IL SERA IMPORTANT DE CONSULTER TOUS LES RAPPORTS DES REUNIONS ET DES ACTIVITES. SOLICITEZ RAPPORTS S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE SUR LE LIEU DE L'INTERVIEW.

EXPLIQUEZ AUSSI QU'IL Y AURA UNE SECTION SUR LES STATISTIQUES DE SANTE (NOMBRE DES VISITES AMBULANTS ET DES HOSPITALISATIONS) POUR LE MOIS PASSE QUI EST COMPLET. IL SERA UTILE DE RASSEMBLER TOUTES CES INFORMATIONS. S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE AU LIEU D'INTERVIEW

ATTENTION!!!!

REMERCEZ L'INTERVIEWE(E) A LA FIN DE CHAQUE SECTION OU SOUS SECTION AVANT DE CONTINUER AU POINT SUIVANT

SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES ET HOSPITALISATION

DISPONIBILITE DES SERVICES

102	Est-ce que votre structure fournit les services de santé suivants? En d'autre termes est-ce qu'il y a un endroit où les patients peuvent recevoir les services suivants:	OUI	NON	FAIT
01	Services de vaccination infantile, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
02	Services de suivi de la croissance, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
03	Services de soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
04	Un quelconque service de planning familial, - y compris méthodes modernes, les méthodes basées sur la connaissance de la période de fertilité (méthode naturelle), la stérilisation chirurgicale féminine ou masculine	1	2	<input type="checkbox"/>
05	Services de Consultations Prénatales (CPN)	1	2	<input type="checkbox"/>
06	Services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)	1	2	<input type="checkbox"/>
07	Services pour accouchement normal et/ou soins du nouveau-né	1	2	<input type="checkbox"/>
08	Services pour le diagnostic ou le traitement du paludisme	1	2	<input type="checkbox"/>
09	Services pour le diagnostic ou le traitement des IST, en dehors du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
10	Services pour le diagnostic, le traitement (prescription) ou suivi du traitement de la TBC	1	2	<input type="checkbox"/>
11	Services de counseling et de dépistage du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
12	Services pour la prescription d'antirétroviraux contre le VIH/SIDA ou le suivi du traitement antirétroviral.	1	2	<input type="checkbox"/>
13	Soins et soutien des malades atteints du VIH/SIDA, y compris le traitement des infections opportunistes et la fourniture de soins palliatifs	1	2	<input type="checkbox"/>
14	Services de diagnostic ou de prise en charge des maladies non transmissibles, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, et les troubles respiratoires chroniques chez l'adulte	1	2	<input type="checkbox"/>
15	Services de petite chirurgie, telle que les incisions et le drainage des abcès, et les sutures ou lacérations qui ne nécessitent pas l'utilisation du bloc opératoire	1	2	<input type="checkbox"/>
16	Services pour les césariennes	1	2	<input type="checkbox"/>
17	Services de laboratoire pour le diagnostic, y compris tout test de diagnostic rapide.	1	2	<input type="checkbox"/>
18	Services d'analyse des groupes sanguins	1	2	<input type="checkbox"/>
19	Services de transfusion sanguine	1	2	<input type="checkbox"/>

SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI.....1 NON.....2	→ 112
111	Est-ce que cette structure dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI.....1 NON.....2	→ 200
112	De combien de lits dispose au total cette structure pour l'observation ou pour l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	# DE LITS D'OBSERVATION/ D'HOSPITALISATION NSP998	

SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

TECHNIQUE DE STERILISATION

200	J'ai quelques questions concernant la procedure de sterilisation des equipements médicaux comme le speculum, pinces ou bien d'autres equipements metaliques. Sterilisez-vous les equipements metaliques dans cette structure?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 210
201	Est ce que la sterilisation finale est faite sur place, en dehors de cette structure ou bien les deux?	SEULEMENT DANS CETTE STRUCTURE 1 SUR PLACE ET EN DEHORS 2 SEULEMENT EN DEHORS 3	

STOCKAGES DES MEDICAMENTS

210	Est-ce que cette structure dispose de stocks des medicaments (y compris les ARV), les vaccins ou des produits contraceptifs?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 300
211	VERIFIEZ Q102.04 FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/>	→ 213
212	Est ce que les produits contraceptifs sont stockés dans le service de PF ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE PF 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 PRODUITS/PF NON STOCKES 3	
213	VERIFIEZ Q102.10 FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	→ 215
214	Est ce que les médicaments pour le traitement de la tuberculose sont stockés dans le service de tuberculose ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ANTI TBC NON STOCKES 3	
215	VERIFIEZ Q102.12 FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV <input type="checkbox"/>	→ 300
216	Est ce que les ARV pour le traitement du VIH/SIDA sont stockés dans le service de VIH/SIDA ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE ARV 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ARV NON STOCKES 3	

SECTION 3: DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24 - INFRASTRUCTURE -

SUPERVISION EXTERNE - FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24

300	Est-ce qu'il y a un prestataire de santé qui est présent dans la structure de santé tout le temps, ou qui est à la disposition de la structure sur appel tout le temps (24H/24H) pour prendre en charge les urgences?	OUI, PRESTATAIRE 24H/24. 1 NON, PAS DE PRESTATAIRE 24H/24. 2	→ 310
301	Est-ce qu'il y a une feuille de garde avec les permanences du personnel qui couvre 24H?	OUI 1 NON. 2	→ 310
302	Puis-je voir la feuille de garde avec les permanences couvrant 24H?	PERMANENCES OBSERVEES. 1 PERMANENCES RAPPORTEES, PAS VUE 2	

COMMUNICATION

310	Est-ce que cette structure a une ligne téléphonique fixe qui permet d'appeler durant tout le temps où les services sont offerts ? PRECISER QUE SI LA STRUCTURE OFFRE DES SERVICES 24/24 POUR LES URGENCES, CELA SIGNIFIE AUSSI UNE DISPONIBILITE DU TELEPHONE 24/24.	OUI. 1 NON 2	→ 313
311	Puis-je voir le téléphone fixe?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
312	Est-ce que Le téléphone est peut être utilisé à tout moment ? VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. 1 NON 2	→ 319
313	Est-ce que la structure dispose d'un téléphone portable ou un telephone portable personnel pris en charge par la structure ?	OUI. 1 NON 2	→ 316
314	Puis-je voir le téléphone portable de la structure ou le telephone portable personnel pris en charge par la structure VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
315	Est-ce qu'il est peut être utilisé à tout moment? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. 1 NON 2	→ 319
316	Est-ce que cette structure dispose d'un émetteur-radio à ondes courtes pour les appels radio?	OUI. 1 NON 2	→ 319
317	Puis-je voir l'émetteur-radio à ondes courtes?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
318	Est-ce qu'il est peut être utilisé à tout moment? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. 1 NON 2	
319	Est-ce que cette structure dispose d'un ordinateur ?	OUI. 1 NON 2	→ 330
320	Puis-je voir l'ordinateur?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
321	Est-ce qu'il est peut être utilisé à tout moment? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. 1 NON 2	
322	Est-ce qu'il est possible d'avoir la connexion internet au sein de la structure à travers un ordinateur ou un téléphone portable? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE.	OUI. 1 NON 2	→ 330
323	Durant les jours où les services sont offerts, est-ce que la connexion internet est systématiquement disponible pendant au moins 2 heures ? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE.	OUI. 1 NON 2	

SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

330	<p>Quelle est actuellement la source habituelle d'approvisionnement en eau pour la structure?</p> <p>OBSERVER SI L'EAU EST DISPONIBLE A PARTIR DE LA SOURCE OU BIEN DANS LA STRUCTURE, LE JOUR DE LA VISITE. PAR EXEMPLE VERIFIER QUE LE ROBINET EST FONCTIONNEL</p>	<p>ROBINET DANS LE BATIMENT 01</p> <p>ROBINET DANS LA COUR 02</p> <p>BORNE FONTAINE PUBLIC 03</p> <p>PUITS-CITERNE/FORAGE 04</p> <p>PUITS PROTEGE 05</p> <p>PUITS NON PROTEGE 06</p> <p>SOURCE PROTEGEE 07</p> <p>SOURCE NON PROTEGEE 08</p> <p>EAU DE PLUIES 09</p> <p>EAU EN BOUTEILLE 10</p> <p>CHARRETTE AVEC RESERVOIR/F0 11</p> <p>CAMION CITERNE/TANKER 12</p> <p>EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG). 13</p> <p>AUTRE (A SPECIFIER) 96</p> <p>NSP 98</p> <p>PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU 00</p>	<p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 340</p>
331	<p>Est-ce que l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible au sein de la structure même, à 500 mètres, ou au delà de 500 mètres de la structure?</p> <p>UNE REPONSE RAPPORTEE EST ACCEPTABLE</p>	<p>AU SEIN DE LA STRUCTURE 1</p> <p>A 500M DE LA STRUCTURE 2</p> <p>AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE 3</p>	
332	<p>Est-ce qu'il y a d'habitude une période de l'année où il y a une sévère pénurie ou un manque d'eau dans la structure?</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON 2</p>	

APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

340	<p>Est-ce que cette structure est connectée à l'électricité centrale?</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p> <p>NSP. 8</p>	<p>→ 342</p>
341	<p>Au cours des 7 derniers jours, est-ce qu'il y avait de l'électricité (en dehors du générateur de secours) au moment où les services étaient offerts, ou bien y a-t-il eu à un moment une coupure d'électricité pendant plus de deux heures?</p> <p>CONSIDERER QUE L'ELECTRICITE EST TOUJOURS DISPONIBLE S'IL Y A EU A UN MOMENT UNE COUPURE DE MOINS DE 2 HEURES.</p>	<p>TOUJOURS DISPONIBLE. 1</p> <p>COUPURES PARFOIS > 2HRS. 2</p> <p>NSP 8</p>	
342	<p>Est-ce que cette structure dispose d'autres sources d'approvisionnement en électricité, comme un générateur ou un système solaire?</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p>	<p>→ 344</p>
343	<p>Quelle autre source d'électricité possède cette structure?</p> <p>SONDER ET ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>	<p>GENERATEUR AVEC CARBURANT. A</p> <p>GENERATEUR AVEC BATTERIE. B</p> <p>SYSTÈME SOLAIRE. C</p>	
344	<p>VERIFIEZ Q343</p> <p>GENERATEUR UTILISE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p> <p>GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 350</p>
345	<p>Es-ce que le générateur est fonctionnel?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REPONDANT BIEN INFORME.</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p> <p>NSP. 8</p>	<p>→ 350</p>
346	<p>Est-ce qu'il y a aujourd'hui du carburant (ou une batterie chargée) disponible pour le générateur?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REPONDANT BIEN INFORME.</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p> <p>NSP. 8</p>	

SUPERVISION EXTERNE

350	Est-ce que cette structure a reçu une visite de supervision, venant par exemple du district, du niveau régional ou national?	OUI..... 1 NON 2	→ 360
351	A quand remonte la dernière visite de supervision externe dans la structure? Est-ce au cours des 6 derniers mois ou bien il y a plus de 6 mois?	AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS 1 IL Y A PLUS DE 6 MOIS. 2	→ 360
352	La dernière fois qu'un superviseur a visité la structure au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'il/elle a fait l'une des choses suivantes :	OUI NON NSP	
01	Utiliser une liste de contrôle pour évaluer la qualité des données sanitaires disponibles?	1 2 8	
02	Discuter de la performance de la structure en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1 2 8	
03	Aider la structure à prendre une décision en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1 2 8	

FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement des frais médicaux pour accéder aux services?	OUI. 1 NON 2	→ 370
361	Est-ce que la structure a établi un tarif fixe qui couvre toutes les prestations qu'un patient reçoit, ou est-ce qu'il y a des tarifs séparés pour les différents éléments des services fournis par la structure? SONDER.	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SERVICES 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE ÉLÉMENT 2	→ 363
362	Est-ce que la structure a établi des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE À HAUTE VOIX CHAQUE CATÉGORIE DE RÉPONSE ET ENCERCLER LA RÉPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI NON	
01	CARNET DE SANTÉ	1 2	
02	INSCRIPTION/ LISTE D'ENREGISTREMENT	1 2	
03	CONSULTATION.	1 2	
04	MÉDICAMENTS.	1 2	
05	VACCINS	1 2	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS.	1 2	
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX.	1 2	
08	SERINGUES ET AIGUILLES.	1 2	
09	CÉSARIENNE	1 2	
10	TEST DÉPISTAGE VIH	1 2	
11	TEST DE DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1 2	
12	MICROSCOPIE POUR LE PALUDISME	1 2	
13	AUTRES TESTS DE LABORATOIRE	1 2	
14	ARV POUR TRAITEMENT	1 2	
15	ARV POUR PTME.	1 2	
16	PROCÉDURES DE PETITE CHIRURGIE.	1 2	
363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI 1 NON. 2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés?	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHÉS 1 OBSERVE ,CERTAINS, PAS TOUS LES T/2	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette structure? ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA RÉPONSE APPROPRIÉE.	EXEMPTION/REDUCTION, GRATUIT. A EXEMPTION/REDUCTION, PAIEMENT DIFFÉRÉ. B SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER C PAIEMENT EN NATURE. D AUTRE X SPEFICIER	

SOURCES DE FINANCEMENT

370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la structure a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 2012-2013. Si une autre personne est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE RÉPONSE.	MINISTÈRE DE LA SANTÉ A AUTRES MINISTÈRES. B RÉGIME DE PROTECTION MÉDICALE (ASSURANCE). C FONDS DE SÉCURITÉ SOCIALE D REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR. E ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR PFF ORGANISME DONATEUR/ONG. G CONFESIONNEL. H PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES. I AUTRE X SPECIFIER	
-----	--	--	--

SECTION 4: PERSONNELS- GESTION- OPINION DES PATIENTS- ASSURANCE QUALITE-
TRANSPORT-SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) ET STATISTIQUES DE SANTE

LES PERSONNELS

400	Veuillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée dans cette structure.Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne en tant infirmier (e) ou médecins) indépendamment des taches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette établissement.		
	CATEGORIES PROFESSIONNELLES	(a) ENGAGE OU AFFECTE	(b) TEMPS PARTIEL
01	MEDECINS GENERALISTES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	CHURURGIES GENERALISTES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	MEDECINS SPECIALISTES [Y COMPRIS LES ANESTHESISTES, SPECIALISTES MEDICALES ET CHIRURGICALES, LES PATHOLOGISTES,CHIRURGIENS DENTISTES, ETC]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE	<input type="text"/>	
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE	<input type="text"/>	
06	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REAMINATION	<input type="text"/>	
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGINERIE MEDICAL	<input type="text"/>	
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE	<input type="text"/>	
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE	<input type="text"/>	
10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE	<input type="text"/>	
11	TECHNICIEN SUPERIEUR OPHTALMOLOGIE	<input type="text"/>	
12	TECHNICIEN SUPERIEUR GENIE SANITAIRE	<input type="text"/>	
13	INFIRMIER (E) [Y COMPRIS INFIRMIER D'ETAT, BLOC, ANESTHESISTE]	<input type="text"/>	
14	ASSISTANT INFIRMIER [Y COMPRIS AIDE INFIRMIER, AGENT SANITAIRE ET INFIRMIER D'ECOLE]	<input type="text"/>	
15	SAGE FEMME	<input type="text"/>	
16	PHARMACIEN	<input type="text"/>	
17	TECHNICIEN DE PHARMACIE	<input type="text"/>	
18	ASSISTANT TECHNICIEN PHARMACIE	<input type="text"/>	
19	BIOLOGISTE	<input type="text"/>	
20	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE	<input type="text"/>	
21	MATRONE	<input type="text"/>	
22	RELAIS	<input type="text"/>	
23	AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	<input type="text"/>	
	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

REUNIONS DE GESTION

DIRE A L'INTERVIEWE QUE CETTE SOUS SECTION A BESOIN DE VERIFIER LES PROCES VERBAUX DES REUNIONS.
IL SERA ALORS UTILE SI LES RAPPORTS SONT RASSEMBLES AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

410	Est-ce qu'il y a habituellement des réunions de gestion de la structure?	OUI. 1 NON 2	→417
411	A quelle fréquence se tiennent ces réunions de gestion?	UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. 4 NSP 8	↓417
412	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions de gestion ?	OUI. 1 NON 2	→417
413	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	→417
414	FEUILLETEZ LE PROCES VERBAL DE LA REUNION LA PLUS RECENTE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ET ENCERCLER LA LETTRE DE TOUS LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNES DANS LE RAPPORT.	QUALITE DES DONNEES DU SIS. A LA COMPLETEUDE DES RAPPORTS DU SIS. B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU SIS. C QUALITE DES SERVICES. D ARCHIVE NON DISPONIBLE. Z	↓417
415	Est-ce que la structure a pris une quelconque décision basée sur les discussions de la dernière réunion et qui sont mentionnées dans ce rapport ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	↓417
416	Est-ce que la structure a entrepris une quelconque action de suivi en rapport avec les décisions prises lors de la dernière réunion?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	
417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent périodiquement?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	↓430
418	A quelle fréquence se tiennent ces réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) ?	UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. 4 NSP 8	↓430
419	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) ?	OUI. 1 NON 2	→430
420	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	

OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

430	Est-ce qu'il existe dans cette structure, un système pour recueillir les opinions/suggestions des patients à propos de la structure elle-même ou de ses services?	OUI. 1 NON 2	→440
431	<p>Veillez me dire les méthodes qui sont utilisées pour connaître les opinions des patients.</p> <p>ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ET SONDER: PAS D'AUTRES METHODES?</p>	BOITE A IDEES. A QUESTIONNAIRE. B GUIDE D'ENTRETIEN. C REUNION OFFICIELLE LEADERS COMMUNAUTAIRES. D DISCUSSION INFORMELLES AVEC PATIENTS OU COMMUNAUTE. E EMAIL. F SITE WEB DE LA STRUCTURE. G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNITE. . H AUTRE: Plainte directe aux agents/prestataires. X NSP. Z	→440
432	Est-ce qu'il y a une procédure d'examen ou de présentation des opinions/suggestions des patients?	OUI 1 NON 2 NSP. 8	→ 440
433	Puis-je voir le rapport ou le formulaire sur lequel les données ont été compilées ou la discussion rapportée.	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	

ASSURANCE QUALITE

DIRE AU REpondant QUE CETTE SOUS SECTION DEMANDERA DE REGARDER DANS LES DOCUMENTS DES ACTIVITES D'ASSURANCE QUALITE. IL SERA DONC UTILE DE REUNIR TOUS CES DOCUMENTS AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

440	Est-ce que cette structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 450
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI. 1 NON 2	→450
442	<p>Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité?</p> <p>UN RAPPORT OU UN COMPTE-RENDU D'UNE REUNION D'ASSURANCE-QUALITE, UN CHECKLIST DE SUPERVISION, UN EXAMEN DE LA MORTALITE, UN AUDIT DES COMPTE-RENDU OU DES REGISTRES SONT TOUS ACCEPTABLES.</p>	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	

TRANSPORT DES URGENCES

450	Est-ce que cette structure dispose d'une ambulance fonctionnelle ou d'un véhicule quelconque, qui stationne dans la structure même, et qui part de là pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS. 1 OUI, PARFOIS. 2 NON. 3	→ 452
451	Puis-je voir l'ambulance ou le véhicule?	OBSERVÉ 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	→ 453
452	Est-ce que cette structure a accès à une ambulance fonctionnelle ou un véhicule quelconque, qui est stationné ou qui part d'une autre structure sanitaire, pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS. 1 OUI, PARFOIS. 2 NON. 3	→ 460
453	Est-ce qu'il y a du carburant disponible aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REpondant INFORME	OUI. 1 NON. 2 NSP. 8	

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSABLE DU SYSTEME DE L'INFORMATION SANITAIRE DANS CETTE STRUCTURE.
 PRESENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires?	OUI. 1 NON. 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation de rapports contenant des informations sanitaires?	OUI. 1 NON. 2	→464
462	A quelle fréquence ces rapports sont compilés?	AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS 1 TOUS LES 2-3 MOIS. 2 TOUS LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. 4	
463	Puis-je voir une copie du rapport le plus récent?	RAPPORT OBSERVE. 1 RAPPORTE, RAPPORT NON VU 2	
464	Est-ce qu'il y a dans cette structure, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI. 1 NON. 2	→470
465	Qui est cette personne? INSISTEZ	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SGIS. 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE. 2 AUTRE PRESTATAIRE. 3	

STATISTIQUES SANITAIRES

DIRE A L'INTERVIEWE QUE DANS CETTE SOUS SECTION, ON DOIT REUNIR CERTAINES STATISTIQUES
 DE LA STRUCTURE SI CETTE INFORMATION N'EST PAS DISPONIBLE AU LIEU DE L'INTERVIEW.

470	VERIFIEZ Q110 FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> PAS DE FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> SERVICES D'HOSPITALISATION	→ 472
471	Combien de sorties de malades y a-t-il eu durant le dernier mois calendaire [1 MOIS], pour tous les cas, aussi bien chez les adultes que les enfants?	# DE SORTIES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP. 9998
472	Combien de consultations ont été effectuées en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants?	# DE CONSULTATIONS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP. 9998

REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLEC
 DE DONNEES SUIVANT.

SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE OU LE MATERIEL EST TRAITE/STERILISE POUR LA REUTILISATION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET COMMENCER L'INTERVIEW.

500	VERIFIEZ Q201 EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS SONT STERILISES DANS CETTE STRUCTURE? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> OUI <input type="checkbox"/> (CODES 1 OU 2 ENCERCLES) </div> <div style="text-align: center;"> NON (CODE 3 ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT </div> </div>					
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA STRUCTURE ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous UTILISEZ [METHODE] dans la structure ?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"					
	METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	(B) FONCTIONNEL OUI NON NSP	
01	AUTOCLAVE ELECTRIQUE (PRESSION ET VAPEUR)	1 → b	2 → b	3 2 ↙	1	2 8
02	AUTOCLAVE NON ELECTRIQUE (PRESSION & VAPEUR) AJOUTER A CHALEUR SECHE	1 → b	2 → b	3 3 ↙	1	2 8
03	STERILISATEUR A VAPEUR	1 → b	2 → b	3 3A ↙	1	2 8
03A	STERILISATION A CHALEUR SECHE (POUPINEL)	1 → b	2 → b	3 4 ↙	1	2 8
04	BOUILLOIRE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR/POISSONNIERE (PAS A PRESSION)	1 → b	2 → b	3 5 ↙	1	2 8
05	CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR (POISSONNIERE)	1 → b	2 → b	3 6 ↙		
06	SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 7 ↙	1	2 8
07	MINUTERIE AUTOMATIQUE (ELLE PEUT ETRE SUR L'APPAREIL)	1 → b	2 → b	3 8 ↙	1	2 8
08	BANDETTES INDIQUANT QUE LE PROCESSUS EST COMPLET	1 → b	2 → b	3 9 ↙		
09	N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3		
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA STRUCTURE, DEMANDER AU REpondANT ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, LA PRESSION RECOMMANDEE, ETC.					
		(1) AUTOCLAVE (vapeur avec pression)	(2) STERILISATION SECHE	(3) EBULLITION	(4) DESINFECTION A HAUT NIVEAU PAR VAPEUR	(5) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE
A	Méthode	UTILISE . 1 PAS UTILISE . 2 → 2	UTILISE 1 PAS UTILISE . . 2 → 3	UTILIS 1 PAS UTILISE 2 → 4	UTILISE 1 PAS UTILISE . . 2 → 5	UTILIS 1 PAS UTILISE 2 → 503
B	Temperature (centigrade)	TEMPERATURE <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AUTOMATIQUE 666 NSP 998	TEMPERATURE <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AUTOMATIQUE 666 NSP 998			
C	Pression	PRESS- ION <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AUTOMATIQUE 666 → 1E NSP 998 → 1E				
D	Unités de pression	UNITES DE PRESSION: BAR 1 NSP 8				
E	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISE 995 NSP 998	MINUTES <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AUTOMATIQUE 666 NSP 998			
F	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave?	MINUTES ENVELOPPEES <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISE 995 NSP 998				
G	Désinfectant chimique utilisé					CHLORE/EAU DE JAVE 01 FORMALDEHYDE 02 GLUTERALDEHYDE . . 03 NSP 98
503	Est-ce cette structure dispose des directives sur la sterilisation finale des équipements?			OUI 1 NON 2		→ SECTION SUIVANTE
504	Puis je voir les directives sur la sterilisation finale des équipements? LES DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.			OBSERVEES 1 RAPPORTEES, PAS VUES 2		

SECTION 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA GESTION DES DECHETS DANS CETTE STRUCTURE.
 PRESENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

600	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des matériels tranchants, tels que les aiguilles ou les lames.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies de déchets d'objets tranchants) ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 09, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>COMBUSTION DANS INCINERATEUR : FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 06 DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 07 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. 08 SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE 09</p> <p>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 10 STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE. 11 STOCKAGE NON PROTEGE 12</p> <p>AUTRE 96 (SPECIFIER) IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS</p>	
601	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets pour les déchets autres que les déchets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 09, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS</p> <p>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR: FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 06 DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 07 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. 08 SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE 09</p> <p>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 10 STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE. 11 STOCKAGE NON PROTEGE. 12</p> <p>AUTRE 96 (SPECIFIER) IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. 95</p>	
602	<p>VERIFIEZ Q600 ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCERCLE)</p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (CODE "95" ENCERCLE)</p>	604
603	<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS TRANCHANTS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE LA STRUCTURE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. 1 DECHETS VISIBLES MAIS ENDROIT PROTEGE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p>	
604	<p>VERIFIEZ Q601. ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCERCLE)</p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (CODE "95" ENCERCLE)</p>	606
605	<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS MEDICAUX SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE LA STRUCTURE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. 1 DECHETS VISIBLES MAIS ENDROIT PROTEGE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p>	

606	VERIFIEZ Q600 ET Q601 UTILISATION D' INCINERATEUR (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>		INCINERATEUR NON UTULISE <input type="checkbox"/> (NI "2" NI "3"ENCERCLE)	610
607	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L' INCINERATEUR	INCINERATEUR OBSERVE. 1 INCINERATEUR RAPPORTE,PAS VU. 2		
608	Est-ce que l'incinérateur est fonctionnel aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REpond/NSP INFORME	OUI 1 NON 2 NSP 8		610
609	Est-ce que le carburant est disponible aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI 1 NON 2 NSP 8		
610	Est-ce que les directives de gestion des déchets médicaux sont disponibles dans ce service ?	OUI. 1 NON 2		620
611	Puis-je les voir ?	OBSERVEES. 1 RAPPORTEES , PAS VUES 2		

TOILETTE DES PATIENTS

620	Est-ce qu'il y a une toilette (latrine) dans des conditions fonctionnelles qui est disponible pour l'utilisation des patients en consultation externe ? SI OUI DEMANDEZ DE VOIR LA TOILETTE DES PATIENTS INDIQUEZ LE TYPE. CELA DOIT ETRE LA TOILETTE DE LA STRUCTURE POUR LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE.	CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE 12 À DES LATRINES 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE 14 À NE SAIT PAS OÙ 15 FOSSE/LATRINES LATRINES AMÉLIORÉES AUTO-AÉRÉES 21 LATRINES AVEC DALLE 22 LATRINESE SANS DALLE/TROU OUVERT 23 TOILETTES À COMPOSTAGE 31 SEAU/TINETTE 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES 51 PAS DE TOILETTES/NATURE 61
-----	--	--

A CE STADE, DITES A VOTRE REpondant QUE VOUS VOUDRIEZ REGARDER QUELQUES MATERIELES ET EQUIPEMENT UTILISES POUR LA FOURNITURE DE SERVICES AUX PATIENTS. VOUS VOUDRIEZ VOIR SI CES MATERIELS ET EQUIPEMENTS SONT DISPOIBLE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE. SI VOUS N'ETES PAS DANS CE SERVICE, DEMANDEZ A Y ETRE CONDUIT.

MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

700	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le principal service de consultation externe et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FUNCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	BALANCE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
02	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]	1 → b	2 → b	3	1	2	8
03	PESE-BEBE/BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 100g]	1 → b	2 → b	3	1	2	8
04	TOISE POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
05	RUBAN METRE [POUR CIRCONFERENCE]	1	2	3			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
08	TENSIOMETRE NUMERIQUE (ELECTRONIQUE)	1 → b	2 → b	3	1	2	8
09	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3	1	2	8
10	SOURCE D'ECLAIRAGE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3	1	2	8
11	AMBU OU BALLON DE VENTILLATION [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3	1	2	8
12	AMBU OU BALLON DE VENTILATION [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3	1	2	8
13	MICRONEBULISEUR	1 → b	2 → b	3	1	2	8
14	AEROSOL DOSEUR POUR INHALATEUR	1	2	3			
15	DEBITMETRES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
16	OXYMETRE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
17	CONCENTRATEURS D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
18	BOUTEILLE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
19	SYSTÈME DE DISTRIBUTION D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
20	KITS DE PERFUSION-POUR ADULTE	1	2	3			
21	KITS DE PERFUSION - POUR ENFANT	1	2	3			

SALLE DE CONSULTATION

A CE STADE, DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LA SALLE OU L'ENDROIT, OU DANS LE PRINCIPAL SERVICE DE CONSULTATION, LA PLI DES PRESTATIONS DE SERVICES SONT FOURNIES AU PATIENTS. OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATIFS SONT FOURNIS. INDICER SI LES ELEMENTS SUIVANTS SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS.

710	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAIN A BASE D'ALCOOL/ DISTRIBUTEUR HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANT STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES POUR LES MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
711	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE. 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITE VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITE..... 4		

LIEU D'ATTENTE

720	Est-ce qu'il y a un endroit d'attente pour les patients où ils <u>sont protégés contre le soleil et la pluie?</u> DEMANDEZ A VOIR LE LIEU D'ATTENTE. QUI DOIT ETRE LE LIEU D'ATTENTE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE	OUI 1 NON 2	
-----	--	----------------------------	--

REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT.

SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	VERIFIEZ Q102.17 FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS LA STRUCTURE	<input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC <input type="checkbox"/>	ALLER A LA SECTION SUIVANTE OU AU LIEU DE SERVICE
-----	--	--------------------------	---	---

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL LABO OU L'ENDROIT OÙ ON FAIT LA PLUPART DES ANALYSES AVANT DE COMMENCER LA COLLECTE DE DONNEES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE OBJET D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATION SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS LA STRUCTURE ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.

HEMATOLOGIE

801	Est-ce qu'on fait des test d'anémie ici-même dans la structure?	OUI 1 NON 2						→ 803	
802	Veuillez SVP me dire si: 1) Chacun des équipements pour le test d'anémie est utilisé dans la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	(a)		(b)			(c)		
		UTILISÉ		EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?			Est-ce que le materiel est fonctionnel?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	Analyseur d'hématologie (pour comptage lymphocytaire total, la formule sanguine complète, comptage plaquettaire, etc.)	1 → b 2 ↗ 02 ↘		1 → c	2 → c	3 ↗ 02 ↘	1	2	8
02	HemoCues	1 → b 2 ↗ 02A ↘		1 → c	2 → c	3 ↗ 02A ↘	1	2	8
02A	Test d'Emmel (pour drepanocytose)	1 → b 2 ↗ 02B ↘		1 → c	2 → c	3 ↗ 02B ↘	1	2	8
02B	Appareil d'électrophorese (pour l'électrophorese d'hémoglobine)	1 → b 2 ↗ 04 ↘		1 → c	2 → c	3 ↗ 04 ↘	1	2	8
03	Microcuvettes (avec une date d'expiration valide)			1	2	3			
04	Colorimètre ou hémoglobinomètre	1 → b 2 ↗ 07 ↘		1 → c	2 → c	3 ↗ 07 ↘	1	2	8
05	Solution de Drabkin (pour colorimètre et hémoglobinomètre)			1	2	3			
06	Pipette (pour mesurer le volume du sang)	1 → b 2 ↗ 07 ↘		1	2	3			
07	Papier litmus pour test d'hémoglobine (avec date d'expiration valide)	1 → b 2 ↗ 803 ↘		1	2	3			
803	Est-ce qu'on fait le comptage des CD4 dans cette structure?	OUI 1 NON 2						→ 806	
804	Puis-je voir l'équipement ou la machine pour le test CD4 ?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2							
805	Est-ce que l'équipement pour le test CD4 est fonctionnel	OUI 1 NON 2							

DEPISTAGE DU VIH

806	Est-ce que la structure fait des tests VIH, y compris le TDR du VIH, soit dans la structure même, soit par référence?	OUI NON	1 2	→ 827
807	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI NON	1 2	→ 809
808	Puis-je voir un kit de TDR du VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE. OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU.	1 2 3	
809	Est-ce qu'on utilise dans ce service, un papier buvard pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage du VIH?	OUI NON	1 2	→ 811
810	Puis-je voir un exemplaire de papier buvard de la carte de prelevement? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE. OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU.	1 2 3	
811	<div> <div> Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests VIH ou l'un des équipements suivants est utilisé dans la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) les équipements sont fonctionnel </div> <div> (a) TEST FAIT OUI NON </div> </div>	(b) EST-CE QUE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBILITE? OBSERVÉ RAPPORTÉ PAS VU PAS DISPONIBLE	(c) EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL? OUI NON NSP	
01	Scanner/lecteur ELISA/EIA	1* b 2* 02*	1* c 2* c 3* 02*	1 2 8
02	Nettoyeur pour scanner/lecteur ELISA	1* b 2* 03*	1* c 2* c 3* 03*	1 2 8
03	Réactif Dynabeads avec mélangeur tourbillonnaire vortex	1* b 2* 04*	1* c 2* c 3* 04*	1 2 8
04	Test Western Blot	1* b 2* 05*	1 2 3	
05	PCR pour analyse de la charge virale [réaction de polymérisation en chaîne (PCR)]	1* b 2* 06*	1 2 3	
06	PCR pour ADN-EID	1* b 2* 812*	1 2 3	
812	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur comment faire un test VIH (cela pourrait être les instructions du fabricant, notices, etc.)?	OUI NON	1 2	→ 814
813	Puis-je voir les directives, les instructions, notices?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES	1 2	
814	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI NON	1 2	→ 816
815	Puis-je voir les directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES	1 2	
816	Est-ce qu'il y a d'autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?	OUI NON	1 2	→ 818
817	Puis-je voir les autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES	1 2	

818	Est-ce qu'il y a un système établi pour un contrôle de qualité externe pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?	OUI. 1 NON. 2	→ 823
819	Quel système de contrôle de qualité externe, est utilisé pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire? SONDER POUR SAVOIR LE SYSTÈME UTILISÉ. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE.	COMITE DE COMPETENCE A INSPECTION EXTERNE/ OBSERVATION DE LA TECHNIQUE. B ECHANTILLONS DE SANG ENVOYES AILLEURS POUR RE-DEPISTAGE. C AUTRE X	
820	Est-ce qu'il y a un document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OUI. 1 NON. 2	→ 823
821	Puis-je voir le rapport ou le document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	→ 823
822	QUEL EST LE PLUS RECENT POURCENTAGE D'ERREUR RELEVÉ PAR LE CONTRÔLE DE QUALITE EXTERNE SELON LE RAPPORT.	POURCENTAGE D'ERREUR <input type="text"/> PAS DISPONIBLE 95	
823	Est-ce qu'on envoie des échantillons de sang en dehors de la structure pour le dépistage du VIH?	OUI. 1 NON. 2	→ 827
824	Pour lequel des tests de dépistage du VIH on envoie des échantillons de sang en dehors de la structure? INSISTER	ELISA/EIA. A WESTERN BLOT. B PCR POUR EID. C DEPISTAGE RAPIDE. D AUTRE. X	
825	Est-ce que vous avez un document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de la structure ?	OUI. 1 NON. 2	→ 827
826	Puis je voir le document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de la structure ?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	

PRECAUTIONS DE BASE

VISITER L'ENDROIT OÙ ON FAIT LE DEPISTAGE DU VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE FOR ITEMS THAT YOU DO NOT SEE, ASK YOUR RESPONDENT TO SHOW THEM TO YOU.

827	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

BIOCHIMIE

830	Est-ce qu'on fait n'importe quel type des tests de glycémie dans cette structure?		OUI1 NON2		→ 832			
831	Veuillez SVP me dire si: a) Les équipements suivant d'analyse d'analyse de glucose sont utilisés dans cette structure b) L'équipement est disponible, et c) L'équipement est fonctionnel	(a)	(b)			(c)		
UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?			
OUI		NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	Glucometre	1* b 2 02	1 → c	2 → c	3 02	1	2	8
02	Bandelettes de test	1* b 2 832	1 → c	2 → c	3 832	1	2	8
832	Est-ce qu'on fait dans cette structure des analyses de la fonction hépatique (tels que l'ALAT & l'ASAT) ou des analyses de la fonction rénale (telles que la créatinine sérique)?		OUI 1 NON 2			→ 836		
833	Est-ce que cette structure dispose d'un analyseur biochimique sanguin qui permet de faire la créatinine sérique, le TFH et la glycémie (le spectrophotometre)?		OUI 1 NON 2			→ 836		
834	Puis-je voir l'analyseur biochimique sanguin (le spectrophotometre) ?		OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2					
835	Est-ce que l'analyseur biochimique sanguin (le spectrophotometre) est fonctionnel? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTÉE		OUI 1 NON 2					
836	Est-ce que dans cette structure on fait n'importe quel tests biochimiques sur les urines utilisant bandelettes et / ou des tests de grossesse?		OUI 1 NON 2			→ 838		
837	Veuillez SVP me dire si les bandelettes réactives suivantes sont utilisées et sont disponibles aujourd'hui;		(A) UTILISÉ (B) OBSERVÉ DISPONIBLE					
			OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	
01	N'importe quel type de bandelettes réactives pour la recherche de protéines urinaires (avec une date d'expiration valide)		1* b 2 02		1	2	3	
02	N'importe quel type de bandelettes réactives pour la recherche de glucose urinaire (avec date d'expiration valide)		1* b 2 03		1	2	3	
03	N'importe quel type de test de grossesse (avec date d'expiration valide)		1* b 2 838		1	2	3	
838	Est-ce que vous avez une fois envoyé des prélèvements de sang ou d'urine en dehors de la structure pour des analyses biochimiques du sang, les tests de fonctions hépatiques (TFH) des analyses d'urines, ou des tests de grossesse?		OUI 1 NON 2			→ 840		
839	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVÉ, CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE		(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ EN DEHORS DE LA STRUCTURE		(B) DOCUMENT DES RESULTATS DES TESTS OBSERVÉ			
			OUI	NON	OUI	NON		
01	Analyses biochimiques du sang (par exple sucre, sodium, potassium etc.)		1 → b 2 02		1	2		
02	Test des fonctions hépatiques (TFH)		1 → b 2 03		1	2		
03	Test d'urine		1 → b 2 04		1	2		
04	Test de grossesse		1 → b 2 840		1	2		

PARASITOLOGIE/BACTERIOLOGIE

840	Veuillez me dire SVP si: a) Les EQUIPEMENTS suivants sont utilisés dans cette structure b) sont disponible, et c) Les équipements sont fonctionnels	(a)	(b)	(c)
		OUI	NON	EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?
			OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU
				PAS DISPONIBL AUJOURD'HUI
01	MICROSCOPE OPTIQUE	1 → b 2 ↘ 02	1 → c 2 → c 3 ↘ 02	1 2 8
02	MICROSCOPE ELECTRONIQUE	1 → b 2 ↘ 03	1 → c 2 → c 3 ↘ 03	1 2 8
03	REFRIGERATEUR DANS LE LABORAT	1 → b 2 ↘ 04	1 → c 2 → c 3 ↘ 04	1 2 8
04	INCUBATEUR	1 → b 2 ↘ 05	1 → c 2 → c 3 ↘ 05	1 2 8
05	TUBES A ESSAI / EPROUVETTES	1 → b 2 ↘ 06	1 2 3	
06	CENTRIFUGEUSE POUR LA MICROBIOLOGIE CSF	1 → b 2 ↘ 07	1 → c 2 → c 3 ↘ 7	1 2 8
07	MILIEU DE CULTURE CELLULAIRE	1 → b 2 ↘ 08	1 2 3	
08	LAME PORTE-OBJETS ET LAMELLES COUVRE-OBJETS	1 → b 2 ↘ 841	1 2 3	
841	Est-ce qu'on fait ici des tests quelconque sur le PALUDISME, c'est-à-dire dans la structure?	OUI. 1 NON. 2 →848		
842	Est-ce que les TDR sont utilisés dans ce service pour diagnostiquer le paludisme?	OUI. 1 NON. 2 →847		
843	Puis-je voir un exemplaire du kit de TDR pour le Paludisme? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3		
844	OBSERVEZ ET DEMANDER LE TYPE OU LA MARQUE DU KIT L'Ag Fp DE TDR DU PALUDISME	1 Autre marque 8 PRECISER		
845	Est-ce que vous posséder d'un manuel de formation, un poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI. 1 NON. 2 → 847		
846	Puis-je voir le manuel de formation, le poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2		
847	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur le paludisme est utilisé dans la structure 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	(a)	(b)	
		OUI	NON	EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?
			OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU
				PAS DISPONIBL AUJOURD'HUI
01	COLORANT DE GIEMSA	1 → b 2 ↘ 02	1 2 3	
02	COLORANT DE CHAMP	1 → b 2 ↘ 03	1 2 3	
03	COLORANT ACRIDINE ORANGE	1 → b 2 ↘ 03A	1 2 3	
03A	COLORANT MAY GRUMWALD	1 → b 2 ↘ 848	1 2 3	

848	Est-ce qu'on fait la COLORATION DE GRAM dans cette structure?		OUI. 1 NON. 2			➔ 850	
849	Veuillez SVP me dire si les équipements ou les éléments suivants sont utilisés et sont disponibles aujourd'hui.	EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			<div> <div>PAS</div> <div>RAPPORTÉ DISPONIBL</div> <div>PAS VU</div> <div>AUJOURD'HUI</div> </div>		
		OBSERVÉ					
01		Le violet de Crystal or le violet Gentiane	1	2			3
02		Soluté de Lugol	1	2			3
03		Alcool-acetone ou Acetone	1	2			3
04	Colorant vital rouge, fuchsine phéniquée, or autre contre colorant	1	2	3			
850	Est-ce qu'on a une fois envoyé des prélèvements hors de la structure pour une coloration de Gram , une coloration à l'encre de Chine, un test du paludisme ou pour une culture?		OUI. 1 NON. 2			➔ 852	
851	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVE CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE		(A) PRELEVEMENT ENVOY (B) DOCUMENT DE RESULTATS DE TEST HORS DE LA STRUCTURE OBSERVÉ				
			OUI	NON	OUI	NON	
01	Coloration de Gram	1 ➔ b	2 ↘ 02 ↙	1	2		
02	Coloration à l'encre de Chine	1 ➔ b	2 ↘ 03 ↙	1	2		
03	Test du paludisme	1 ➔ b	2 ↘ 04 ↙	1	2		
04	Specimen pour culture	1 ➔ b	2 ↘ 852 ↙	1	2		
852	Est-ce qu'on fait l'EXAMEN MICROSCOPIQUE DES SELLES dans cette structure?		OUI. 1 NON. 2			➔ 854	
853	Veuillez SVP me dire si les éléments suivants sont utilisés et sont disponibles aujourd'hui.	(a)		(b)			
		UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			
		OUI	NON	OBSERVÉ			
				RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBL		
				AUJOURD'HUI			
01	Solution saline (pour la méthode de concentrattion)	1 ➔ b	2 ↘ 02 ↙	1	2	3	
02	Solution saline (pour la microscopie directe)	1 ➔ b	2 ↘ 03 ↙	1	2	3	
03	Solution d'iode de Lugol	1 ➔ b	2 ↘ 854 ↙	1	2	3	

SYPHILIS

854	Est-ce qu'on fait ici un quelconque test sur la syphilis , c'est-à-dire dans la structure?	OUI. 1 NON. 2	→ 859	
855	Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la syphilis pour faire le diagnostiC de la syphilis?	OUI. 1 NON. 2	→ 857	
856	Puis-je voir un exemplaire de TDR de la syphilis? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3		
857	En plus de TDR de la syphilis, est-ce cette structure fait d'autres tests quelconques sur la syphilis?	OUI. 1 NON. 2	→ 859	
858	<p>Veillez SVP me dire si:</p> <p>a) L'un des tests ou équipements suivants sur la syphilis est utilisé dans la structure</p> <p>b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles</p> <p>c) L'équipement est fonctionnel</p>	<p>(a) TEST FAIT</p> <p>OUI NON</p>	<p>(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE SONT DISPONIBLE?</p> <p>OBSERVÉ RAPPORTÉ PAS PAS VU DISPONIBL</p>	<p>(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?</p> <p>OUI NON NSP</p>
01	VDRL	1 → b 2 02 ←	1 2 3	
02	PCR pour ISTs (CTN)	1 → b 2 03 ←	1 2 3	
03	Rotateur		1 → c 2 → c 3 04 ←	1 2 3
04	RPR (Rapid plasma reagin test)	1 → b 2 04A ←	1 2 3 04A ←	
04A	TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay)	1 → b 2 859 ←	1 2 3 859 ←	

CHLAMYDIA

859	Est-ce qu'on fait ici un quelconque test sur le Chlamydia, c'est-à-dire dans la structure?	OUI. 1 NON. 2	→ 861	
860	<p>Veillez SVP me dire si:</p> <p>a) L'un des tests ou équipements suivants sur le Chlamydia est utilisé dans la structure</p> <p>b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles</p>	<p>(a) TEST FAIT</p> <p>OUI NON</p>	<p>(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE SONT DISPONIBLE?</p> <p>OBSERVÉ RAPPORTÉ PAS PAS VU DISPONIBL</p>	
01	Coloration de Geimsa	1 → b 2 02 ←	1 2 3	
02	PCR pour CHLAMYDIA	1 → b 2 861 ←	1 2 3	

TUBERCULOSE

861	Est-ce qu'on fait des tests sur la TBC dans cette structure?		OUI. 1 NON. 2			→ 865				
862	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivant: EQUIPEMENT EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS sur la TBC est utilisé dans la structure TEST UTILISÉ POUR LE TEST SONT DISPONIBLE? 2) Tous les éléments nécessaires pour les tests sont disponibles. 3) Les équipements sont fonctionnels		(a)	(b)		(c)				
			OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	Test de Ziehl-Neelson pour BAAR (bacilles acido-alcool-résistants)		1	2						
02	Carbol Fuchsine (fuchsine phéniquée)		1	2	1	2	3			
03	Acide sulphurique (concentration 20 - 25% ou acide d'alcool)		1	2	1	2	3			
04	Bleu de méthylène		1	2	1	2	3			
05	Microscope à fluorescence (MF)		1	2	1	c	2	c	3	1 2 8
06	Milieu de culture cellulaire (par exemple, système MGIT 960)		1	2	1	2	3			
07	Salle de biosécurité		1	2	1	2	3			
863	Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la TB		OUI. 1 NON. 2			→ 865				
864	Puis-je voir un exemplaire de TDR de la TBC? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE		OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3							
865	Est-ce qu'il a dans ce service des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?		OUI. 1 NON. 2			→ 867				
866	Puis-je voir un échantillon de crachoir?		OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2							
867	Est-ce qu'on envoie des échantillons de crachats en dehors de la structure pour le dépistage de la TB?		OUI. 1 NON 2 NSP 8			→ 870				
868	Est-ce qu'il y a un document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?		OUI. 1 NON. 2			→ 870				
869	Puis-je voir le document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?		OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2							
870	Est-ce qu'il existe un système de contrôle de qualité (soit interne ou externe) pour les analyses de crachat effectuées dans ce laboratoire?		OUI. 1 NON 2			→ 880				
871	Veuillez me dire SVP quel type de pratique de contrôle de qualité est suivi dans cette structure? SONDER POUR SAVOIR QUEL TYPE DE CONTRÔLE QUALITE EST UTILISE.		CQ INTERNE SEULEMENT. 01 CQ EXTERNE SEULEMENT. 02 CQ INTERNE & EXTERNE. 03 ENVOI DE LAMES POUR LA RELECTURE (CONTRÔLE). 04 AUTRE 96 (SPECIFIEZ)							
872	Est-ce qu'il y a des documents sur les résultats des procédures de contrôle qualité (interne ou externe)?		OUI. 1 NON. 2			→ 880				
873	Est-ce que les documents sont maintenus pour les procédures de CQ interne, les procédures de CQ externe, ou pour les deux procédures de CQ interne et externe?		DOCUMENTS SUR CQI SEULEMENT. 1 DOCUMENTS SUR CQE SEULEMENT. 2 DOCUMENTS SUR LES DEUX PROCEDURES DE CQ. 3							

IMAGERIE DE DIAGNOSTIC

880	Est-ce qu'on fait des diagnostics par radiographie, par les ultrasons ou par tomodensitométrie/tomographie avec ordinateur? SI OUI, DEMANDER A ALLER LÀ OÙ SE TROUVENT LES EQUIPEMENTS ET POSER DES QUESTIONS A LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET.	OUI 1 NON 2 ALLER A LA SECTION SUIVANTE					
881	Veuillez SVP me dire : 1) Si l'un des équipements suivants pour la radiographie est utilisé dans cette structure, s'il est disponible aujourd'hui, et 2) S'il est fonctionnel aujourd'hui	(b) EQUIPEMENT UTILISÉ ET DISPONIBLE?			(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT ES FONCTIONNEL?		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBL AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	APPAREIL DE RADIOGRAPHIE	1 → c	2 → c	3 } 02 ←	1	2	8
02	FILM POUR RADIOGRAPHIE NON PERIME	1 → c	2 → c	3 } 03 ←	1	2	8
03	MACHINE/SYSTÈME A ULTRASON	1 → c	2 → c	3 } 04 ←	1	2	8
04	CT SCAN (TOMODENSITOMETRE)	1 → c	2 → c	3 } ALLER A LA SECTION SUIVANTE	1 ALLER A LA SECTION SUIVANTE	2 ALLER A LA SECTION SUIVANTE	8 ALLER A LA SECTION SUIVANTE
REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.							

SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

900	VERIFIEZ Q210 EXISTENCE DE STOCKS DE MEDICAMENTS DANS LA STRUCTURE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	PAS DE STOCKS DE MEDICAMENTS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>
	ALLER A LA SECTION SUIVANTE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	

SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON STOCKE LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE STOCKAGE ET LA GESTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.
Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure de santé. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocker à un autre endroit dans la structure, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

ANTIBIOTIQUES

901	Est-ce que les antibiotiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure de santé?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	AMOXICILLINE COMPRIME/CAPSULE (Infections bactériennes chez les adultes)	1	2	3	4	5
02	AMOXICILLINE SIROP/SUSPENSION (Antibiotique oral pour enfant)	1	2	3	4	5
03	AMOXICILLINE/CLAVULINATE (AUGMENTIN) COMPRIMES (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
04	AMPICILLINE (POUDRE) INJECTION (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
05	AZITHROMYCINE COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
06	AZITHROMYCINE SIROP/SUSPENSION (antibiotique)	1	2	3	4	5
07	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE (POUDRE) POUR INJECTION	1	2	3	4	5
08	CEFEXIME COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
09	CEFTRIAXONE INJECTION (Antibiotique injectable)	1	2	3	4	5
10	CIPROFLOXACINE (antibiotique oral de seconde intention)	1	2	3	4	5
11	CO-TRIMOXAZOLE (COMPRIMES) (Antibiotique oral pour adulte)	1	2	3	4	5
12	CO-TRIMOXAZOLE SUSPENSION (Antibiotique Oral pour enfant)	1	2	3	4	5
13	DOXYCYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
14	ERYTHROMYCINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
15	ERYTHROMYCINE [suspension buvable]	1	2	3	4	5
16	GENTAMYCINE INJECTION (Antibiotique injectable à large spectre)	1	2	3	4	5
17	METRONIDAZOLE COMPRIMES [antibiotique/amicide/antiprotozoaire]	1	2	3	4	5
18	METRONIDAZOLE INJECTION	1	2	3	4	5
19	PENICILLINE INJECTION (Antibiotique injectable à large spectre)	1	2	3	4	5
20	TETRACYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
21	TETRACYCLINE POMMADE OPHTALMIQUE	1	2	3	4	5
22	AUTRE ANTIBIOTIQUE ET POMMADE OPHTALMIQUE POUR NOUVEAU-NE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS DEPARASITANTS

902	Est-ce que les médicaments suivants destinés au traitements des infestations vermineuses sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			VALIDE			
01	ALBENDAZOLE	1	2	3	4	5
02	MEBENDAZOLE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

903	Est-ce que les médicaments suivants, destinés à la prise en charge des maladies non transmissibles sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			VALIDE			
01	AMITRIPTYLINE (Dépression)	1	2	3	4	5
02	AMLODIPINE COMPRIMES (Inhibiteur calcique pour hypertension)	1	2	3	4	5
03	ATENOLOL (Beta-bloquant, Angine/hypertension)	1	2	3	4	5
04	BECLOMETHASONE INHALATEUR	1	2	3	4	5
05	BETAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
06	CAPTOPRIL (Vaso-dilatation, hypertension cardiaque)	1	2	3	4	5
07	DEXAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
08	DIAZEPAM INJECTION (Anxiété/relaxant musculaire)	1	2	3	4	5
09	ENALAPRIL CAPSULE/COMPRIME (Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion)	1	2	3	4	5
10	AUTRE INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION	1	2	3	4	5
11	EPINEPHRINE INJECTION	1	2	3	4	5
12	FUROSEMIDE (DIURETIQUE)	1	2	3	4	5
13	THIAZIDE DIURETIQUE	1	2	3	4	5
14	GLIBENCLAMIDE (Traitement oral pour les deux types de diabète)	1	2	3	4	5
15	GLUCOSE SOLUTION INJECTABLE	1	2	3	4	5
16	HEPARINE INJECTION	1	2	3	4	5
17	HYDROCORTISONE	1	2	3	4	5
18	INSULINE INJECTIONS [DIABETE]	1	2	3	4	5
19	ISOSORBIDE DINITRATE	1	2	3	4	5
20	METFORMINE COMPRIMES	1	2	3	4	5
21	NIFEDIPINE COMPRIMES/CAPSULES (CCB pour hypertension)	1	2	3	4	5
22	OMEPRAZOLE (Reflux gastro-oesophagien)	1	2	3	4	5
23	PREDNISOLONE	1	2	3	4	5
24	SALBUTAMOL INHALATEUR (Bronchospasme/Asthme chronique)	1	2	3	4	5
25	SIMVASTATINE (Cholestérol élevé)	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTI-FONGIQUES

904	Est-ce que les médicaments anti-fongiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)					
01	FLUCONAZOLE					
02	MICONAZOLE (Ovules vaginales)	1	2	3	4	5
03	MICONAZOLE CREME	1	2	3	4	5
04	NYSTATINE (suspension orale)	1	2	3	4	5
05	NYSTATINE OVULE VAGINALE/CREME	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

905	Est-ce que les médicaments suivants contre le paludisme sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
01	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT][20mg/120mg]	1	2	3	4	5
02	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] [40mg/240mg]	1	2	3	4	5
03	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] [60mg/360mg]	1	2	3	4	5
04	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] [80mg/480mg]	1	2	3	4	5
05	FANSIDAR [SULFADOXINE + PYRIMETHAMINE]	1	2	3	4	5
06	QUININE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
07	QUININE INJECTION	1	2	3	4	5
08	ARTESUNATE INJECTABLE	1	2	3	4	5
09	ARTESUNATE SUPPOSITOIRES	1	2	3	4	5
10	AUTRE MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME	1	2	3	4	5

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la santé maternelle suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
01	CALCIUM GLUCONATE INJECTION	1	2	3	4	5
02	ACIDE FOLIQUE COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	COMPRIMES DE FER	1	2	3	4	5
04	COMPRIMES COMBINES FER + ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
05	MAGNESIUM SUPHATE INJECTION	1	2	3	4	5
06	MISOPROSTOL COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
07	OXYTOCINE OU AUTRE UTEROTONIQUE INJECTABLE	1	2	3	4	5
08	VACCIN ANTITETANIQUE	1	2	3	4	5
09	SELS DE REHYDRATION ORALE (SRO) SACHETS	1	2	3	4	5
10	VITAMINE A CAPSULES	1	2	3	4	5
11	ZINC COMPRIMES	1	2	3	4	5

SOLUTES INTRAVEINEUX

907	Est-ce que les liquides intraveineux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	PAS JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	SALINE NORMALE/ SOLUTION INJECTABLE SODIUM CHLORIDE	1	2	3	4	5
02	SOLUTION DE RINGER LACTATE	1	2	3	4	5
03	5% DEXTROSE - SALINE NORMALE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

908	Est-ce que les AUTRES médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	PAS JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	DICLOFENAC COMPRIMES (Médicament oral pour forte douleur)	1	2	3	4	5
02	PARACETAMOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	PARACETAMOL SIROP	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

909	OBSERVER L'ENDROIT OÙ LES MEDICAMENTS QUI ÉTÉ EVALUÉS SONT STOCKÉS ET INDiquer L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE)DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
		1	2
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT AU-DESSUS DU SOL (ETAGERE, PALLETTE...)?	1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?	1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DU SOLEIL?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIECE DE STOCKAGE EST BIEN AÉRÉE?	1	2
910	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être périmé", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. 2 NON. 3	
911	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui?	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS A JOUR QUOTIENNEMENT 1 REGISTRE DE STOCKS MIS A JOUR QUOTIENNEMENT. .2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS. 3 REGISTRE DE STOCKS PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. 4 DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME 6 (SPECIFIER)	

MATERIELS

912	Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	SERINGUES JETABLES AVEC AIGUILLES JETABLES OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
02	KIT POUR PERFUSION INTRAVEINEUSE	1	2	3
03	CATHETER POUR PERFUSION INTRAVEINEUSE	1	2	3
04	GANTS EN LATEX	1	2	3
05	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
06	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS	1	2	3
07	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3
08	MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES	1	2	3

SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	VERIFIEZ Q212 PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)		PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE (REPOSE 1 OU 3 ENCERCLÉ)	
			ALLER A LA SECTION SUIVANTE	
921	Est-ce que les PRODUITS CONTRACEPTIFS suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE AU MOINS UN VALIDE	(B) NON OBSERVÉ DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU NSP/ PAS DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ AUJOURD'HUI DISPONIBLE
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FÉMININS	1	2	3
07	DISPOSITIF INTRA UTERIN (DIU)	1	2	3
08	IMPLANT	1	2	3
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE)	1	2	3

CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

922	OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDICHER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES		OUI	NON
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT AU-DESSUS DU SOL (ETAGERE, PALLETTE)?		1	2
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?		1	2
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?		1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?		1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?		1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être périmé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. 2 NON. 3		
924	Quel est le système mis en place dans cette structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui?	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNE 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS À JOUR QUOTIDIENNE 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNE 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNE 4 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNE 5 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNE 6 DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉ AUTRE SYSTÈME (SPECIFIER)		
925	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT.	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE PF REMERCIEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE PF ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT.		

SECTION 9.3: MEDICAMENTS ANTI-TUBERCULEUX

930	VERIFIEZ Q214 ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION SUIVANTE <input type="checkbox"/>				
931	Est-ce que les antituberculeux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ		
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	DISPONIBLE AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ AUJOURD'HUI DISPONIBLE
01	ETHAMBUTOL COMPRIMES	1	2	3	4 5
02	ISONIAZIDE COMPRIMES	1	2	3	4 5
03	PYRAZINAMIDE	1	2	3	4 5
04	RIFAMPICINE	1	2	3	4 5
05	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE	1	2	3	4 5
06	ISONIAZIDE + ETHAMBUTOL (EH) (2FDC)	1	2	3	4 5
07	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE (RHZ) (3FDC)	1	2	3	4 5
08	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + ETHAMBUTOL (RHE) (3FDC)	1	2	3	4 5
09	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE + ETHAMBUTOL (4FDC)	1	2	3	4 5
10	STREPTOMYCINE INJECTABLE	1	2	3	4 5

CONDITIONS DE STOCKAGE DES ANTITUBERCULEUX

932	OBSERVER L'ENDROIT OU LES ANTITUBERCULEUX SONT STOCKES ET INDICHER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ETAGERE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITÉ?	1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?	1	2
933	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS ... 2 NON. 3	
934	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui?	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT 1 REGISTRE DE STOCK MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT.. 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS. 3 REGISTRE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. 4 DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉ AUTRE SYSTÈME (SPECIFIER) 6	
935	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/> L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE TBC <input type="checkbox"/> ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. <input type="checkbox"/> REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE TBC ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. <input type="checkbox"/>		

SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

940	VERIFIEZ Q216 ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)					ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPOSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE
941	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) SIROP	1	2	3	4	5
03	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04	DIDANOSINE (ddI) COMPRIMES	1	2	3	4	5
05	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
06	LAMIVUDINE (3TC) SIROP	1	2	3	4	5
07	STAVUDINE 30 (D4T)	1	2	3	4	5
08	STAVUDINE SIROP	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF)	1	2	3	4	5
10	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
942	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
03	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
04	EFAVIRENZ (EFV) SIROP	1	2	3	4	5
05	DELAVIRDINE (DLV)	1	2	3	4	5

943	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur de la protéase sont disponibles aujourd'hui dans cette structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	LOPINAVIR (LPV)	1	2	3	4	5
01A	LOPINAVIR (LPV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
02	INDINAVIR (IDV)	1	2	3	4	5
03	NELFINAVIR (NFV)	1	2	3	4	5
04	SAQUINAVIR (SQV)	1	2	3	4	5
05	RITONAVIR (RTV)	1	2	3	4	5
06	ATAZANAVIR (ATV)	1	2	3	4	5
06A	ATAZANAVIR (ATV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
07	FOSAMPRENAVIR (FPV)	1	2	3	4	5
08	TIPRANAVIR (TPV)	1	2	3	4	5
09	DARUNAVIR (DRV)	1	2	3	4	5
09A	DARUNAVIR (DRV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
944	Est-ce que les les ARV suivants, du type Inhibiteur de Fusion ou ARV Combinés sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ENFUVIRDITE (T-20)	1	2	3	4	5
02	STAVUDINE + LAMIVUDINE [D4T + 3TC]	1	2	3	4	5
03	STAVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [D4T + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
04	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE [AZT + 3TC]	1	2	3	4	5
05	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + ABACAVIR [AZT + 3TC + ABC]	1	2	3	4	5
06	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [AZT + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
07	TENOFOVIR + EMTRICITABINE [TDF + FTC]	1	2	3	4	5
08	TENOFOVIR + LAMIVUDINE [TDF + 3TC]	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR + LAMIVUDINE + EFAVIRENZ [TDF + 3TC + EFV]	1	2	3	4	5
10	TENOFOVIR + EMTRICITABINE + EFAVIRENZ [TDF + FTC + EFV]	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE DES ARV

945	OBSERVER L'ENDROIT OU LES ARV SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.		OUI	NON
01	EST-CE QUE LES ARV SONT AU DESSUS DU SOL (ETAGERE/ARMOIRES)?		1	2
02	EST-CE QUE LES ARV SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE		1	2
03	EST-CE QUE LES ARV SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?		1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?		1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?		1	2
946	EST-CE QUE LES ARV SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", "le premier a sortir")?		OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. 2 NON. 3	
947	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité d'ARV reçue, la quantité distribuée et la quantité restante aujourd'hui? DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)		SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT 1 FICHES DE STOCK MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT. 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE DES ARV DISTRIBUÉS. 3 FICHE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UNE FICHE POUR LES ARV DISTRIBUÉS. 4 6	
948	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/> ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ←		L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE ARV <input type="checkbox"/> REMERCIEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE ARV ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ←	

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS

1000	VERIFIEZ Q102.01 SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE	<input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS
SECTION SUIVANTE OULIEU DE SERVICE			

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre structure, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.		
	SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (UTILISER LE MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	(a) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
02	Vaccination Polio	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
03	Vaccination Rougeole	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
04	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
04A	Vaccination Fievre Jaune	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
1002	Est-ce que les directives nationales en matières de vaccination infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2 → 1004
1003	Puis-je voir les directives nationales en matières de vaccination infantiles?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES.	1 2 → 1006
1004	Y a-t-il d'autres types de normes en matière de vaccination infantile qui sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2 → 1006
1005	Puis-je voir Ces autres directives?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES.	1 2
1006	DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOIR LES ELEMENTS NECESSAIRES POUR LES SERVICES DE VACCINATION	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	Cartes ou carnets individuels de vaccination vierges	1	2
02	Feuilles de pointage (contrôle) / "taco jo"	1	2
03	Registre de vaccination/du nourrisson sain	1	2

1007	Est-ce que cette structure conserve habituellement ses vaccins, ou bien tous ses vaccins sont soit obtenus d'une autre structure sanitaire ou livrés quand les services sont fournis?	CONSERVE LES VACCINS. 1 SE RAVITAILLE AILLEURS. 2		→ 1014		
1008	DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ LES VACCINS SONT CONSERVES. DEMANDER A VOIR LE REFRIGERATEUR OU LA GLACIERE.	REFRIGERATEUR OBSERVÉ. 1 REFRIGERATEUR PAS OBSERVÉ. 2		→ 1014		
1008A	INDIQUEZ LE TYPE DE REFRIGERATEUR OBSERVE.	IG 50 1 TSW 3000 2 TSW 2000 3 AUTRES 4				
1009	Avez-vous une feuille de temperature (un graphique de suivi la chaine de froid)?	OUI 1 NON 2		→ 1012		
1010	Puis-je voir la feuille de temperature?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2		→ 1012		
1011	VERIFIER SI LA FEUILLE DE TEMPERATURE A ÉTÉ REMPLI DEUX FOIS PAR JOUR, CHAQUE JOUR, AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, Y COMPRIS LE WEEK-END ET LES JOURS FERIÉS	OUI, REMPLI 1 NON, PAS REMPLI 2				
1012	S'il vous plait, dites-moi si chacun des vaccins suivants est disponible aujourd'hui dans la structure. Si oui, je voudrais le voir.	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ			
	SI C'EST DISPONIBLE, VERIFIER SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORT NSP / PAS VU	DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	DTC-Hib+HepB [PENTAVALENT]	1	2	3	4	5
02	VACCIN ORAL POLIO	1	2	3	4	5
03	VACCIN ROUGEOLE ET DILUANT	1	2	3	4	5
04	VACCIN BCG ET DILUANT	1	2	3	4	5
04A	VACCIN FIEVRE JAUNE ET DILUANT	1	2	3	4	5
1013	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR?	ENTRE +2 ET +8 DEGRES. 1 AU-DESSUS DE +8 DEGRES. 2 EN-DESSOUS DE +2 DEGRES. 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL. 4 LE REFRIGERATEUR DE VACCIN PAS VU. 5				
1013A	Utilisez-vous le cahier de maintenance du refrigerateur?	OUI 1 NON 2 NSP 8		→ 1014		
1013B	Puis-je voir le cahier?	OBSERVE 1 RAPPORTE NON VU 2				
1014	Combien de glaciers avez-vous? DEMANDER A VOIR LES GLACIERES. LA REPOSE RAPPORTÉE PAR UN REpondant informe est acceptable	UN. 1 DEUX OU PLUS. 2 AUCUN. 3		→ 1050		
1015	Combien d'accumulateurs avez-vous? DEMANDEZ A VOIR LES ACCUMULATEURS LES RESPONSES RAPPORTEES SONT ACCEPTABLES ATTENTION: 4-5 ACCUMULATEURS FAIT UN LOT.	UN 1 DEUX OU PLUS. 2 UTILISATION DE LA GLACE ACHETÉE PLUTOT. 3 PAS D'ACCUMULATEUR. 4				

PRECAUTIONS DE BASE

1050	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES. 11</p> <p>SOINS INFANTILES. 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL. 14</p> <p>CPN. 15</p> <p>PTME. 16</p> <p>MATERNITE. 17</p> <p>SERVICES IST. 18</p> <p>TUBERCULOSE. 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES. 22</p> <p>PETITE CHIRURGIE. 23</p> <p>PAS VISITE AVANT. 31</p>			
1051	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3	
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3	
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3	
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3	
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT(OPCT)	1	2	3	
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3	
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE	1	2	3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3	
10	MASQUES	1	2	3	
11	BLOUSES	1	2	3	
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3	
1052	<p>DECRIRE LE CADRE DES SERVICES DE VACCINATION DES ENFANTS.</p> <p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITE VISUELLE SEULEMENT. 3</p> <p>PAS D'INTIMITE. 4</p>				
<p>REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>					

SECTION 11: SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT

1100	VERIFIEZ Q102.02 SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/> PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;">SECTION/ SERVICE SUIVANT(E) ←</div>
------	--

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE.
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1101	S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette structure, et le nombre de jours par mois dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Suivi de la croissance de l'enfant	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>
1102	Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI 1 NON..... 2	→ 1104
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE OBSERVÉ RAPPORTÉ PAS VU PAS DISPONIBLE	(B) FONCTIONNEL OUI NON NSP
01	BALANCE POUR ENFANT (GRADUATION 250g)	1 → b 2 → b 3 <input type="text"/> 02 ←	1 2 8
02	PESE-BEBE (GRADUATION 100g)	1 → b 2 → b 3 <input type="text"/> 03 ←	1 2 8
03	TOISE	1 → b 2 → b 3 <input type="text"/> 04 ←	1 2 8
04	RUBAN METRE	1 2 3	
04A	TABLE DE CROISSANCE	1 2 3	
05	COURBES DE CROISSANCE	1 2 3	

REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.

SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	VERIFIEZ Q102.03 SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES.

SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1201	Veuillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont délivrés dans cette structure pour les enfants de moins de 5 ans, et le nombre de jours par mois où ils sont fournis dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-left: 5px;"></div>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-left: 5px;"></div>
1202	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, délivrent les services suivants		OUI NON
01	DIAGNOSTIQUER ET/OU TRAITER LA MALNUTRITION INFANTILE		1 2
02	DONNER LA VITAMINE A		1 2
03	DONNER LA SUPPLEMENTATION EN FER		1 2
04	DONNER LA SUPPLEMENTATION EN ZINC		1 2
1203	Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les directives de la PCIME dans les prestations de services aux enfants de moins de 5 ans?	OUI. 1 NON 2	
1204	Est-ce que les directives de la PCIME pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON 2 → 1206	
1205	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2 → 1208	
1206	Est-ce que d'autres directives pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI. 1 NON 2 → 1208	
1207	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
1208	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel certaines observations et paramètres sont systématiquement relevés sur les enfants malades, avant la consultation pour la maladie déclarée? SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITÉS AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE	OUI. 1 NON 2 → 1210	
1209	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDER :		
	Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE
01	Pesée de l'enfant	1	2 3 8
02	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme	1	2 3 8
03	Prise de la température de l'enfant	1	2 3 8
04	Evaluation du statut vaccinal de l'enfant	1	2 3 8
05	Dispensation de conseils sur la santé	1	2 3 8
06	Administration de médicaments et/ou passer un linge mouillé pour réduire la température	1	2 3 8

07	Triage des enfants malades, c'est-à-dire donner priorité aux enfants les plus gravement malades		1	2	3	8
1210	Je voudrais savoir si les éléments suivant existent dans ce service et sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL	
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON NSP
01	PESE-PERSONNE POUR BEBE (GRADUATION 250 gr)	1 → b	2 → b	3 02 ←	1	2 8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100 gr)	1 → b	2 → b	3 03 ←	1	2 8
03	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 04 ←	1	2 8
04	STETHOSCOPE MEDICAL	1 → b	2 → b	3 05 ←	1	2 8
05	Un chronomètre ou une montre affichant les secondes	1 → b	2 → b	3 06 ←	1	2 8
06	le personnel a des montres qui affichent les secondes	1	2	3		
07	Un mesureur calibré à un 1/2 ou 1-litre pour la SRO	1	2	3		
08	Tasses et cuillères	1	2	3		
09	PACKETS OU SACHETS DE SRO	1	2	3		
10	Au moins 3 seaux (pour laver les tasses)	1	2	3		
11	Table/Lit de consultation	1	2	3		
1211	Veuillez me dire si vous disposez des materiels suivants. SI OUI, DEMANDER A VOIR					
01	Livret de tableaux de la PCIME	1	2	3		
02	Cartes conseils des mères sur la PCIME	1	2	3		
03	Autres supports visuels pour éduquer les gardiennes d'enfant	1	2	3		
1212	Est-ce que des informations sanitaires individuelles sur les enfants malades sont conservées dans ce service (par exemple carte ou carnet de santé)	OUI..... 1 NON..... 2			→ 1250	
1213	Puis-je voir un exemplaire vierge?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2				

PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES. 11</p> <p>VACCINATION 12</p> <p>PLANNING FAMILIAL. 14</p> <p>CPN. 15</p> <p>PTME. 16</p> <p>MATERNITE. 17</p> <p>SERVICES IST. 18</p> <p>TUBERCULOSE. 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES. 22</p> <p>PETITE CHIRURGIE. 23</p> <p>PAS VISITE AVANT. 31</p>		
1251	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</p>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1052	<p>DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p>	<p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT. 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ. 4</p>		
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	VERIFIEZ Q102.04	FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LA PF.

SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
1302	Est-ce que cette structure fournit (c'est-à-dire, stocke les produits) ou bien prescrit, conseille ou réfère les clientes pour l'une des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFERE
			NON
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2
05	CONDOMS MASCULINS	1	2
06	CONDOMS FEMININS	1	2
07	DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)	1	2
08	IMPLANT	1	2
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULES DU LENDEMAIN)	1	2
10	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE)	1	2
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	1	2
12	STERILISATION MASCULINE	1	2
13	STERILISATION FEMININE	1	2
14	AUTRES METHODES (PAR EX., SPERMICIDE OU DIAPHRAGME)	1	2
1303	Est-ce que les directives nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2	
		→ 1305	
1304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
		→ 1307	
1305	Est-ce ce que d'autres directives en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	
		→ 1307	
1306	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
1307	Est-ce qu'il y a des fiches ou des cartes individuelles des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2	
		→ 1308A	
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE. 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. 2	
1308A	Est-ce qu'il y a des cartes individuelles de suivi de rendez-vous des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2	
		→ 1308C	
1308B	Puis-je voir une carte vierge de suivi de rendez-vous de cliente?	OBSERVÉE. 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. 2	
1308C	Est-ce qu'il y a un fichier (armoire, dispositif) pour ranger les fiches des clients par status (actives, inactives, abandon des soins) dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2	
		→ 1309	
1308D	Puis-je le voir?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	

1309	Y a-t-il dans votre structure un système par lequel certaines observations ou paramètres sont systématiquement relevés chez les clientes avant de faire la consultation? SI OUI, DEMANDER A VOIR OU SE DEROULENT CES ACTIVITES.	OUI. 1 NON. 2	→ 1311		
1310	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDER: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON NSP SYSTEMATIQUE	
01	Pesée des clientes	1	2	3	8
02	Prise de la tension	1	2	3	8
03	Organisation sessions d'éducation de groupes sur la santé	1	2	3	8
1311	Dans cette structure est-ce que les prestataires diagnostiquent et traitent systématiquement les IST, ou est-ce que les patients IST sont référés vers un autre prestataire ou une autre structure pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAIENT SYSTEMAT IST. . 1 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE. . . 2 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE. 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAITEMENT/REFERENCE 4			
1312	Est-ce que les prestataires en PF font des tests de dépistage du VIH dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1314		
1313	Puis-je voir un exemplaire du kit de test de depistage rapide (TDR) pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN KIT VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN KIT VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3			

EQUIPEMENTS ET MATERIELS

1314	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 } 02 ←	1	2	8
02	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 } 03 ←	1	2	8
03	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 } 04 ←	1	2	8
04	LAMPE D'EXAMEN/ LAMPE DE POCHE	1 → b	2 → b	3 } 05 ←	1	2	8
05	TABLE GYNECOLOGIQUE / TABLE DE CONSULTATION	1	2	3			
06	ECHANTILLON METHODES DE PF	1	2	3			
07	AUTRES SUPPORTS VISUELS SPECIFIQUES A LA PF (PAR EX. AIDE MEMOIRE, CARTES CONSEILS, DEPLIANTS, AFFICHE)	1	2	3			
08	MODELE POUR DEMONTRER L'INSERTION DU DIU	1	2	3			
09	MANNEQUINS POUR DEMONSTRATION DU CONDOM (PENIS ANATOMIQUE)	1	2	3			
09A	MANNEQUINS POUR DEMONSTRATION DE L'IMPLANT (BRAS ANATOMIQUE)	1	2	3			

1315	VERIFIEZ Q1302.07 & Q1302.08. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DIU OU IMPLANT PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> </div> <div> NI DIU NI IMPLANT PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> </div> </div>		1321		
DEMANDER A ALLER DANS LA SALLE OU A L'ENDROIT OU LES DIU ET/OU LES IMPLANTS SONT INSERES OU RETIRES					
1316	Veuillez me montrer les éléments suivants pour l'insertion du DIU ou des méthodes par implants:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	GANTS STERILES	1	2	3	
02	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3	
03	PINCES A SERVIR	1	2	3	
04	TAMPON DE GAZE OU COTON STERILE	1	2	3	
1317	VERIFIEZ Q1302.07 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DIU PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> </div> <div> DIU PAS PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> </div> </div>				1319
1318	Veuillez SVP me montrer les éléments suivants pour la pose/ l'insertion du DIU:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	SPECULUM VAGINAL- PETIT	1	2	3	
02	SPECULUM VAGINAL- MOYEN	1	2	3	
03	SPECULUM VAGINAL- LARGE	1	2	3	
04	PINCE UTERINE DE POZZI	1	2	3	
04A	PINCE A COL	1	2	3	
05	HYSTEROMETRE	1	2	3	
1319	VERIFIEZ Q1302.08. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> IMPLANT PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> </div> <div> IMPLANT PAS PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> </div> </div>				1321
1320	Veuillez me montrer les éléments suivants pour la pose/retrait de l'implant.	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	ANESTHESIAANT LOCAL	1	2	3	
02	SERINGUES ET AIGUILLES STERILES	1	2	3	
03	TROCAT POUR INSERER L'IMPLANT	1	2	3	
04	PAQUET D'IMPLANT SCELLÉ	1	2	3	
05	BISTOURI	1	2	3	
06	KIT DE PETITE CHIRURGIE [CONTENANT: PINCE U/PINCE A DISSEQUER, CUPULE, CHAMP STERILE TROUE BETADINE]	1	2	3	
1321	Où est-ce que le matériel, tel que les speculums ou les forceps, déjà utilisé pour la fourniture de services en PF, est traité pour la réutilisation?	DANS LE SERVICE DE PF. 1 LIEU CENTRAL DANS LA STRUCTURE. 2 DANS LES DEUX ENDROITS 3 PAS DE TRAITEMENT DU MATERIEL DANS LA STRUCTURE. 4			→ 1350 → 1350
1322	Quelle est, dans ce service, la méthode finale de traitement du matériel utilisé en PF? SONDEZ POUR TOUTES LES METHODES UTILISEES	AUTOCLAVE. A STERILISATION A LA VAPEUR. B IMMERSION DANS SOLUTION CHLORINE. . C FAIRE BOUILLIR OU CHAUFFER D NETTOYAGE AVEC EAU ET SAVON. E			

PRECAUTIONS DE BASE

1350	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REpondant DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES 11</p> <p>VACCINATION 12</p> <p>SOINS INFANTILES 13</p> <p>CPN. 15</p> <p>PTME. 16</p> <p>MATERNITE 17</p> <p>IST 18</p> <p>TUBERCULOSE. 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22</p> <p>PETITE CHIRURGIE 23</p> <p>PAS VISITE AVANT. 31</p>	<p>SE</p>	
1351	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</p>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1352	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE PF</p>	<p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ. 4</p>		
1353	<p>VERIFIEZ Q212</p> <p>CONTRACEPTIFS PAS STOCKÉS OU STOCKÉS AILLEURS (REPONSE 1 PAS ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/></p>	<p>PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REPONSE 1 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/></p>		921
<p>REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

1400	VERIFIEZ Q.102.05 SERVICE DE CPN <input type="checkbox"/> DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE	PAS DE SERVICE DE CPN <input type="checkbox"/> DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	---	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE CPN DANS LA STRUCTURE.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES CPN.

SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles faites dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/>				
1402	est-ce que les prestataires de services CPN fournissent habituellement aux femmes enceintes, les services de CPN suivants?	OUI	NON			
01	SUPPLEMENTATION EN FER	1	2			
02	SUPPLEMENTATION EN ACIDE FOLIQUE	1	2			
03	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME	1	2			
04	VACCINATION CONTRE LE TETANOS	1	2			
1403	VERIFIEZ Q1402.04 VACCINATION ANTI TETANOS <input type="checkbox"/> FOURNIE	VACCINATION ANTI TETANOS <input type="checkbox"/> PAS FOURNIE		→ 1406		
1404	Est-ce que le vaccin anti tétanique est disponible tous les jours où les services de CPN sont disponibles dans la structure?	OUI	1	→ 1406		
		NON PAS TOUS LES JOURS DE CPN.	2			
1405	Combien de jours par semaine la vaccination anti tétanos est-elle disponible dans la structure?	JOURS PAR SEMAINE. <input type="text"/> MOINS D'UN JOUR PAR SEMAINE. 0				
1406	Est-ce que les prestataires en CPN fournissent l'un des tests suivants aux femmes enceintes, comme étant partie intégrante de la CPN?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE AU MOINS UN KIT DE CHAQUE TEST SI OUI, DEMANDER A VOIR LE KIT DU TEST OU L'EQUIPEMENT UN VALIDE VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT DE CHAQUE TEST EST VALIDE/NON PERIME SI LE TEST N'EST PAS FAIT, SONDER POUR SAVOIR S'IL EST FAIT DANS UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE				
		(B) PAS OBSERVÉ RAPPORTÉ DISPONIBLE NON, OU DISPONIBLE AILLEURS D/ JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE PAS VU LA STRUCTURE				
01	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH	1	2	3	4	5
02	TEST D'ALBUMINURIE	1	2	3	4	5
03	TEST DE GLUCOSURIE	1	2	3	4	5
04	N'IMPORTE QUEL TEST RAPIDE D'ANEMIE	1	2	3	4	5
05	TEST RAPIDE DE DEPISTAGE DE LA SYPHILIS	1	2	3	4	5

1407	Comme partie intégrante des CPN, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux patientes en CPN	OUI	NON
01	CONSEILS SUR LA NECESSITE DE FAIRE 4 CPN POUR CHAQUE GROSSESSE	1	2
02	CONSEILS SUR LA PREPARATION DE L'ACCOUCHEMENT (PLAN D'ACCOUCHEMENT)	1	2
03	CONSEILS SUR LE PLANNING FAMILIAL	1	2
04	CONSEILS SUR LE VIH/SIDA	1	2
05	CONSEILS SUR L'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES POUR SE PROTEGER DES PIQURES DE MOUSTIQUE ET LE PALUDISME	1	2
06	CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	1	2
06A	CONSEILS SUR LES SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ET DU NOUVEAU NE	1	2
07	CONSEILS SUR LES SOINS AU NOUVEAU-NE	1	2
08	CONSEILS SUR LES VISITES POST NATALES	1	2
1408	Dans cette structure, est-ce que les prestataires en CPN font systématiquement le diagnostic et le traitement des IST, ou bien est-ce que les patientes en IST sont référées à un autre prestataire ou une autre structure sanitaire pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAITENT SYSTEMAT IST. 1 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE. 2 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE. 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAIEMENT/REFERENCE. ... 4	
1409	Est-ce que les directives nationales pour les CPN sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1411
1410	Puis-je les voir? ACCEPTABLE SI INCLUSES DANS D'AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→ 1413
1411	Est-ce que d'autres types de directives sur les CPN sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI. 1 NON. 2	→ 1413
1412	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
1413	Est-ce que des directives sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1415
1414	Puis-je les voir? ACCEPTABLE SI FAISANT PARTIE DES AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des clientes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénataux, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1417
1416	Puis-je les voir?	OBSERVÉS. 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. 2	
1417	Est-ce que des cartes ou des fiches-clientes individuelles pour les CPN ou CPoN sont conservées dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1419
1418	Puis-je voir une fiche ou une carte vierge?	OBSERVÉE. 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. 2	
1419	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel les observations ou les paramètres des clientes CPN sont systématiquement relevés avant la consultation? SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OÙ CES ACTIVITÉS SE DEROULENT.	OUI. 1 NON. 2	→ 1421

1420	OBSERVER POUR VOIR SI LES ACTIVITÉS CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI UNE ACTIVITÉ N'EST PAS OBSERVÉE, DEMANDER: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes en CPN?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FAÇON NSP SYSTEMATIQUE
01	Pesée des clientes	1	2	3 8
02	Prise de la tension	1	2	3 8
03	Organisation de sessions d'éducation de groupe	1	2	3 8
04	Test d'albumine	1	2	3 8
05	Test d'anémie	1	2	3 8

EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN

1421	Je voudrais savoir si les matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	(A) DSIPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP	
	01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 →b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
	02	TENSIOMETRE MANUEL	1 →b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
	03	STETHOSCOPE	1 →b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
	04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 →b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
	05	STETHOSCOPE DE PINARD (OBSTETRICAL)	1 →b	2 → b	3 06 ↙	1	2	
	06	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1 →b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8
07	TABLE GYNECOLOGIQUE OU LIT DE CONSULTATION	1	2	3				
1422	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)		(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ			
			AU MOINS UN VALIDE		RAPPORT NSP / PAS NON, OU			
					DISPONIBL DISPONIBL DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ			
					NON VALIC PAS VU AUJOURD'HI DISPONIBLE			
	01	COMPRIMÉS DE FER	1	2	3	4	5	
	02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5		
04	SP / FANSIDARPOUR TRAITEMENT ITTERMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5		
05	VACCIN CONTRE LE TETANOS	1	2	3	4	5		

PRECAUTIONS DE BASE

1450	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES 11</p> <p>VACCINATION 12</p> <p>SOINS INFANTILES 13</p> <p>FP 14</p> <p>PTME 16</p> <p>MATERNITE 17</p> <p>IST 18</p> <p>TUBERCULOSE 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22</p> <p>PETITE CHIRURGIE 23</p> <p>PAS VISITE AVANT 31</p>	<p>SE</p>		
1451	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</p>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3	
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3	
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3	
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3	
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3	
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3	
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUES	1	2	3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3	
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3	
11	BLOUSES	1	2	3	
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3	
1452	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE CPN</p>	<p>SALLE SEPARÉE 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ 4</p>			
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>					

SECTION 15: PREVENTION TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

1500	VERIFIEZK Q102.06 FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> SERVICES POUR LA PTME PAS DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>	
------	---	--

ATTENTION!!!

NE COMMENCER CETTE SECTION QU' APRES AVOIR FINI AVEC LA SECTION SUR LES CPN

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME DANS LA STRUCTURE.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE PTME.

SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1501	Comme éléments faisant partie des services de PTME, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux clientes	OUI	NON
01	CONSEILS SUR LE VIH ET SERVICE DE TEST DE DEPISTAGE AUX FEMMES ENCEINTES	1	2
02	TEST DE DEPISTAGE DES NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
03	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ANTIRETROVIRAUX AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIV1		2
04	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ARV AUX NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
05	CONSEILS AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES POUR L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NE\$1 ET NOURRISSONS		2
06	CONSEILS NUTRITIONNELS POUR LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET LEURS ENFANTS	1	2
07	CONSEILS SUR LA PF AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES	1	2
1502	VERIFIEZ Q1501.01 COUNSELING SUR LE VIH <input type="checkbox"/> ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES PAS DE COUNSELING SUR LE VIH <input type="checkbox"/> ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES		1506
1503	EST-CE QUE C'EST LE MEME ENDROIT OU ON FOUNIT LES SERVICES DE CPN?	OUI, C'EST LE SERVICE DE CPN. 1 NON, C'EST UN ENDROIT DIFFERENT. 2	→ 1506
1504	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH (TDR) est disponible dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1506
1505	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3	
1506	VERIFIEZ Q1501.02 COUNSELING SUR VIH CHEZ <input type="checkbox"/> LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS PAS DE COUNSELING SUR VIH CHEZ <input type="checkbox"/> LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS		→ 1509
1507	Est-ce que dans ce service, les prestataires utilisent un papier filtre pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage des enfants ?	OUI. 1 NON. 2	→ 1509
1508	Puis-je voir un exemplaire de papier buvard? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EXEMPLAIRE EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3	

1509	Est-ce que les directives nationales en matière de PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1511
1510	Puis-je les voir? PEUT ETRE UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	→ 1513
1511	Est-ce que d'autres types de directives sur la PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1513
1512	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	
1513	Est-ce que des directives sur le counseling pour l'allaitement du bébé et de l'enfant sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1515
1514	Puis-je les voir? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	
1515	Est-ce que dans ce service, vous stockez des ARV pour la PTME?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1550
1516	<p>Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)</p>	<p>(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</p> <p>(B) PAS OBSERVÉ</p> <p>RAPPORTENSP / PAS NON, OU DISPONIBL DISPONIBL DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ NON VALIC PAS VU AUJOURD'H DISPONIBLE</p>	
01	ZIDOVUDINE (AZT) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
02	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
03	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
04	LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
05	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
06	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
07	TENAFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
08	EMTRICITABINE (FTC)	1 2 3 4 5	
09	ZIDOVUDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1 2 3 4 5	
10	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1 2 3 4 5	
11	ZIDOVUDINE (AZT) SIROP	1 2 3 4 5	

PRECAUTIONS DE BASE

1550	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDiquer LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES 11</p> <p>VACCINATION INFANTILE 12</p> <p>SOINS INFANTILES 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL 14</p> <p>CPN 15</p> <p>MATERNITE 17</p> <p>SERVICES IST 18</p> <p>TUBERCULOSE 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21</p> <p>MALDIES NON TRANSMISSIBLES 22</p> <p>PETITE CHIRURGIE 23</p> <p>PAS VISITÉ AVANT 31</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		
1551	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</p>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3	
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3	
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3	
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3	
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT(OPCT)	1	2	3	
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3	
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3	
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3	
11	BLOUSES	1	2	3	
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3	
1552	<p>DEMANDER A VOIR LE LIEU OU ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME.</p> <p>DECRIRE LE CADRE DE LA PIECE OU L'ENDROIT.</p>	<p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ. 4</p>			
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>					

SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAU-NES

1600	VERIFIEZ Q102.07 Fourniture de services pour accouchement normal et/ou soins aux nouveau-nés	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	--	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL.
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT.
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1601	Est-ce qu'un prestataire qualifié en matière d'accouchement, est présent dans la structure ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI 1 NON 2	→ 1604
1602	Est-ce qu'il y a un tableau de permanence, une liste d'appel ou un programme journalier d'affectation du personnel?	OUI 1 NON 2	→ 1604
1603	Puis-je le voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	

ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

1604	Veuillez me dire si les services suivants ont une fois été fournis par les prestataires de cette structure, en tant qu'élément de leur travail. Si oui, est-ce que ces services ont été fournis au moins une fois au cours des 3 derniers mois	(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA STRUCTURE	(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS
		OUI NON NSP	OUI NON NSP
01	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'ANTIBIOTIQUES (IV OU IM)	1 → b 2 02 8 02	1 2 8
02	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'OXYTOCIQUE (IV OU IM)	1 → b 2 03 8 03	1 2 8
03	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'UN ANTICONVULSIVANT POUR L'ECLAMPSIE (IV OU IM)	1 → b 2 04 8 04	1 2 8
04	ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	1 → b 2 05 8 05	1 2 8
05	RETRAIT MANUEL DU PLACENTA	1 → b 2 06 8 06	1 2 8
06	RETRAIT POSTPARTUM DE RESIDUES PLACENTAIRES	1 → b 2 07 8 07	1 2 8
07	REAMINATION NEONATALE	1 → b 2 08 8 08	1 2 8
08	CORTICOSTEROIDES POUR UN TRAVAIL PREMATURE	1 → b 2 1605 8 1605	1 2 8
1605	Est-ce que les directives nationales sur la Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 1607
1606	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
1607	Est-ce que vous avez les directives nationales sur les soins obstétricaux d'urgence complets? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1609
1608	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

1609	Est-ce que vous avez les directives sur la prise en charge du travail prématuré? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'AUTRES DIRECTIVES.	OUI. 1 NON 2	→ 1611			
1610	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2				
1611	Est-ce que dans cette structure on pratique la méthode kangourou pour les nouveaux né à faible poids?	OUI. 1 NON 2	→ 1613			
1612	Est-ce qu'il y a une salle séparée où on pratique la méthode kangourou ou est-ce qu'elle est intégrée dans le service principal de maternité?	OUI, SALLE SEPARÉE 1 NON, INTEGRÉ 2				
1613	Est-ce que les prestataires dans cette structure utilisent le partographe pour surveiller le travail et l'accouchement?	OUI 1 PAS D'UTULISATION DE PARTOGRAMME ... 2	→ 1615			
1614	Est-ce que dans cette structure, on utilise systématiquement, de manière sélective, ou pas du tout le partogramme?	SYSTEMATIQUEMENT. 1 SELECTIVEMENT. 2				
1615	Combien de lits réservés au service maternité sont disponibles dans cette structure?	# DE LITS RESERVES A LA MATERNITE NSP 998				
1616	Combien de lits réservés pour les accouchements sont disponibles dans ce service ?	# DE LITS RESERVES AUX ACCOUCHEMENTS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NSP 998				
1617	Est-ce que cette structure participe à des analyses (revue de cas) régulières sur la mortalité maternelle et néonatale ou bien sur "les cas évités de justesse"?	OUI 1 NON 2	→ 1622			
1618	Est-ce que ces analyses sont faites sur les mères seulement, les nouveaux-nés ou sur les deux à la fois?	POUR LES MERES SEULEMENT. 1 POUR LES NOUVEAUX-NES SEULEMENT. 2 POUR LES DEUX 3	→ 1621			
1619	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité maternelle ou sur " <u>les cas évités de justesse</u> " sont-elles faites?	CHAQUE: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINES SEULEMENT QUAND UN CAS SURVIENT. . . 53 NSP. 98				
1620	VERIFIEZ Q1618: REPONSE "3" ENCERCLEE <input type="checkbox"/>	REPONSE "3" PAS ENCERCLEE <input type="checkbox"/>	→ 1622			
1621	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité néonatale ou sur les " <u>cas évités de justesse</u> " sont-elles faites?	CHAQUE: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINE SEULEMENT QUAND UN CAS SURVIENT. . . 53 TJRS AVEC CELLE SUR LA MORTALITE MATERNELLE. 95 NSP. 98				

EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

		(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
1622 Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service d'accouchement, et s'ils sont fonctionnels.		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	INCUBATEUR	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	AUTRE SOURCE EXTERNE DE CHALEUR	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	ASPIRATEUR CATHETER	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05	ASPIRATEUR POIRE	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
06	VENTOUSE OBSTETRICALE EXTRACTOR	1 → b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8
07	ASPIRATEUR MANUEL OU KIT D&C	1 → b	2 → b	3 08 ↙	1	2	8
08	BALLON ET MASQUE RESPIRATOIRE	1 → b	2 → b	3 09 ↙	1	2	8
09	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 10 ↙	1	2	8
10	THERMOMETRE POUR BASSE TEMPERATURE	1 → b	2 → b	3 11 ↙	1	2	8
11	PESE-BEBE	1 → b	2 → b	3 12 ↙	1	2	8
12	STETHOSCOPE DE PINARD (OBSTETRICAL)	1 → b	2 → b	3 13 ↙	1	2	8
13	TENSIOMETRE	1 → b	2 → b	3 14 ↙	1	2	8
14	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 1623 ↙	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE			
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT	1	2	8			
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE	1	2	8			
03	FILS DE CLAMPAGE POUR CORDON OMBILICAL	1	2	8			
04	SPECULUM	1	2	8			
05	CISEAUX POUR EPISIOTOMIE	1	2	8			
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL	1	2	8			
07	MATERIEL ET AIGUILLES POUR SUTURE	1	2	8			
08	PORTES-AIGUILLES	1	2	8			
09	PINCES DE COCHERE	1	2	8			
10	PINCES A CLAMPER	1	2	8			
11	PORTE-COMPRESSES	1	2	8			
12	PARTOGRAMME VIERGE	1	2	8			

1624	Est-ce que cette structure observe systématiquement les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveau-nés?	OUI	NON	NSP
01	Poser le bébé sur le ventre de la mère juste après l'accouchement (Peau sur Peau)	1	2	8
02	Sécher et couvrir les nouveau-nés pour les réchauffer	1	2	8
03	commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	1	2	8
04	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie	1	2	8
05	Aspiration à l'aide d'une sonde	1	2	8
06	Aspiration à l'aide d'une poire	1	2	8
07	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2	8
08	Administration de Vitamin K au nouveau-né	1	2	8
09	Appliquer de la Tetracycline dans les deux yeux	1	2	8
10	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance	1	2	8
11	Donner au nouveau-né le colostrum par la mise au sein immédiat	1	2	8
12	Donner au nouveau-né le vaccin polio oral avant la sortie	1	2	8
13	Faire le BCG au nouveau-né avant sa sortie	1	2	8

1625	Veuillez me dire si les médicaments ou les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) NON OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORT DISPONIBL PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU DISPONIBLE JAMAIS
01	POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX	1	2	3	4	5
02	ANTIBIOTIQUE INJECTABLE (PAR EX., CEFTRIAZONE)	1	2	3	4	5
03	UTEROTONIQUE INJECTABLE (PAR EX., OXYTOCINE)	1	2	3	4	5
04	SULFATE DE MAGNESIUM	1	2	3	4	5
05	DIAZEPAM INJECTABLE	1	2	3	4	5
06	SOLUTION IV (EXPANSEURS DU VOLUME PLASMATIQUE)/ (GROSSE MOLECULE) AVEC LE NECESSAIRE A PERFUSION	1	2	3	4	5
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5
08	SOLUTION DE CHLORHEXIDINE A 4% (NETTOYAGE DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5

PTME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

1626	Est-ce que dans ce service vous faites la PTME pour les femmes qui viennent pour accoucher?	OUI 1 NON 2	
1627	Est-ce que les prestataires de la maternité font le dépistage du VIH dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 1629
1628	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR du VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3	
1629	Est-ce que vous avez des stocks d'ARV pour la PTME, dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 1650
1630	<p>Veuillez me dire si les médicaments antirétroviraux suivants pour la PTME sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)</p>	<p>(A) OBSERVE DISPONIBLE</p> <p>(B) NON OBSERVE</p> <p>DISPONIBLE</p> <p>AUCUN DISPONIBLE / PAS NON / OU VALIDE PAS VU AUJOURD'HUI DISPONIBLE JAMAIS</p>	
01	ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
02	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
03	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
04	LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
05	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
06	EFAVIREN (EFV) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
07	TENAFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1 2 3 4 5	
08	EMTRICITABINE (FTC)	1 2 3 4 5	
09	ZIDOVDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1 2 3 4 5	
10	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1 2 3 4 5	
11	ZIDOVDINE (AZT) SIROP	1 2 3 4 5	

PRECAUTIONS DE BASE

1650	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondant DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ PTME INDiquer LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES 11</p> <p>VACCINATION INFANTILE 12</p> <p>SOINS INFANTILES 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL 14</p> <p>CPN. 15</p> <p>PTME 16</p> <p>SERVICES IST 18</p> <p>TUBERCULOSE 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21</p> <p>MALDIES NON TRANSMISSIBLES 22</p> <p>PETITE CHIRURGIE 23</p> <p>PAS VISITÉ AVANT 31</p>	<p>SE</p>	
1651	<p>STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION</p>	<p>OBSERVE</p>	<p>REPORTÉ PAS VU</p>	<p>PAS DISPONIBLE</p>
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1652	<p>DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE</p>	<p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ</p> <p>AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ. 4</p>		

REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.

SECTION 17: PALUDISME

1700	VERIFIEZ Q102.08: FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	---	--	-------------------------------------

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS VENANT CONSULTER POUR LE PALUDISME. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES SUR LE PALU. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1701	Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS	
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins (GE/TDR) pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins systématiquement ou parfois seulement?	SYSTEMATIQUEMENT/TOUJOURS 1 PARFOIS SEULEMENT 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF 1 AUTRE 2 PRECISER	
1708	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, un affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou l'ordinogramme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou l'ordinogramme?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme selon les directives?	OUI 1 NON 2	
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	VERIFIEZ Q102.09 FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>
------	---	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES IST.
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DES SERVICES IST.
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1801	Combien de jours par mois les services IST sont disponibles dans cette structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DES JOURS]	JOURS/MOIS <input type="text"/>	
1802	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic des IST?	OUI 1 NON 2	→ 1804
1803	Comment se fait le diagnostique des IST?	APPROCHE SYNDROMIQUE SEULEMENT. 1 ETIOLOGIE (LABO) SEULEMENT. 2 A LA FOIS SYNDROMIQUE ET ETIOLOGIQUE. 3	
1804	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement pour les IST?	OUI 1 NON 2	

1805 VERIFIEZ Q1802 ET Q1804
 REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT ☐
 Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX ☐
 REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q1802 NI Q1804 ☐
 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ☐

1806	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service ont jamais été référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ce service leur sont offert dans cette structure?	OUI 1 NON 2	→ 1810
1807	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont systématiquement référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ils le sont seulement quand ils suspectés d'être infectés par le VIH?	SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT. . 1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE HIV 2	
1808	Est-ce que les prestataires du service IST font le dépistage du VIH dans ce service même?	OUI 1 NON 2	→ 1810
1809	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3	
1810	Est-ce que les directives nationales pour le diagnostic et le traitement des IST sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1812
1811	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→ 1814
1812	Est-ce qu'il y a d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement des IST qui sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1814
1813	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
1814	Est-ce que cette structure pratique la notification du partenaire pour les IST?	OUI 1 NON 2	→ 1816
1815	Est-ce que la notification est toujours active ou parfois (quand la structure contacte le partenaire) ou bien est-elle seulement passive (quand la structure demande aux patients d'informer ou d'amener leurs partenaires)?	TOUJOURS ACTIVE 1 PARFOIS ACTIVE. 2 SEULEMENT PASSIVE. 3	
1816	Est-ce qu'on utilise des fiches ou des carnets de santé individuels?	OUI 1 NON 2	→ 1818
1817	Puis-je voir une fiche individuelle ou un carnet de santé individuel. (Vierge ou pas).	OBSERVÉE 1 RAPPORTÉE, PAS VUE 2	

1818	DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE COUNSELIN DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.				
	SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP
01	Sur les IST	1	2	3	8
02	sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
03	sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
04	Posters sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3	8
05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3	8
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
	INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI				
08	Sur les IST	1	2	3	8
09	Sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
10	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
11	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
12	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
13	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
14	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8

PRECAUTIONS DE BASE

1850	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDICER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES 11</p> <p>VACCINATION INFANTILE 12</p> <p>SOINS INFANTILES..... 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL 14</p> <p>CPN..... 15</p> <p>PTME..... 16</p> <p>MATERNITE..... 17</p> <p>TUBERCULOSE 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22</p> <p>PETITE CHIRURGIE 23</p> <p>PAS VISITE AVANT..... 31</p>	<p>SE</p>	
1851	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</p>	<p>OBSERVE RAPPORTE, PAS</p> <p> PAS VU DISPONIBLE</p>		
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDROALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1852	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES IST</p>	<p>SALLE SEPARÉE..... 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ</p> <p>AUDITIVE ET VISUELLE..... 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ..... 4</p>		
<p>REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	VERIFIEZ Q102.10 FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	---	---	-------------------------------------

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES SUR LA TBC.
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRESTATION DE SERVICES SUR LA TB.
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1901	Combien de jours par mois les services de santé sur la TBC sont-ils fournis? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>
------	--	--

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

1902	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic de la tuberculose chez un patient?	OUI 1 NON 2	→1904
1903	Quelle est la méthode la plus utilisée par les prestataires pour faire le diagnostic de la TBC? SONDER POUR DETERMINER LA METHODE LA PLUS UTILISEE	EXAMEN DES CRACHATS SEULEMENT ... 1 RADIOGRAPHIE SEULEMENT..... 2 SOIT EXAMEN CRACHATS SOIT RADIO. ... 3 A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO 4 SYMPTOMES CLINIQUES SEULEMENT.... 5	
1904	Est-ce que les prestataires ont une fois référé des patients en dehors de la structure pour le diagnostic de la TBC?	OUI 1 NON 2	→1907
1905	Est-ce que cet établissement a un accord avec une structure de référence pour que les résultats des tests de dépistage de la TBC vous soient retournés, soit directement, soit par le patient?	OUI 1 NON 2	
1906	Est-ce qu'il existe un document/registre des patients qui sont référés pour le diagnostic de la TBC?	OUI 1 NON 2	→1908
1907	Puis-je voir le document/registre des patients qui sont référés ? VERIFIER SI LES RESULTATS DES DIAGNOSTICS Y SONT ENREGISTRES	REGISTRE VU (PAPIER) 1 REGISTRE VU (ELECTRONIQUE)..... 2 REGISTRE PAS VU..... 3	

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

1908	Est-ce que les prestataires de cette structure prescrivent un traitement pour la TBC ou bien gèrent les patients qui sont sous traitement anti-tuberculeux?	OUI 1 NON 2	→1910
1909	Quel est le schéma ou l'approche thérapeutique que les prestataires utilisent pour le suivi des patients <u>nouvellement diagnostiqués</u> comme ayant la TBC? PRECISER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE	TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 2MOIS, SUIVI 4 1 TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 6MOIS. 2 SUIVI APRES 2 MOIS DE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE EFFECTUE AILLEURS..... 3 DIAGNOSTIC ET TRAITE LE PATIENT HOSPITALISE REFERE AILLEURS POUR SUIVI..... 4 TRAITEMENT COMPLET SANS FAIRE LE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 5 DIAGNOSTIQUE, PRESCRIT/FOURNIT DES MEDICAMENTS SEULEMENT, PAS DE SUIVI..... 6 DIAGNOSTIC SEULEMENT, PAS DE TRAITEMENT OU DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS..... 7	
1910	VERIFIEZ Q1902 AND Q1908 FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	PAS DE FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT
1911	Est-ce qu'il existe un système pour dépister le VIH chez les patients tuberculeux?	OUI 1 NON 2	→1913
1912	Puis-je voir un registre ou une preuve de ce système de dépistage du VIH chez les patients de TBC? LE SYSTEME PEUT ETRE SOUS FORME D'UN REGISTRE	SYSTEME OR REGISTRE OBSERVE 1 SYSTEME OR REGISTRE RAPPORTE, PAS VU 2	

1913	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI 1 NON 2	→1915
1914	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3	
1915	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement de la TBC sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→1917
1916	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
1917	Est-ce que les directives pour la gestion de la co-infection VIH et TBC sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2	→1919
1918	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
1919	Est-ce que des directives sur le traitement de la TBC-MDR (Multi Drugs Resistant) sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2	→1921
1920	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
1921	VERIFIEZ Q1903 REPONSES 1, 3 OU 4 <input type="checkbox"/> ENCERCLEES ↓	REPONSES 1, 3 OU 4 <input type="checkbox"/> PAS ENCERCLEES	→ 1950
1922	Est-ce que vous avez dans ce services des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?	OUI 1 NON 2	
1923	Puis-je en voir un?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	

PRECAUTIONS DE BASE

1950	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES 11</p> <p>VACCINATION INFANTILE 12</p> <p>SOINS INFANTILES 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL 14</p> <p>CPN 15</p> <p>PTME 16</p> <p>MATERNITE 17</p> <p>IST 18</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22</p> <p>CHIRURGIE MINEURE 23</p> <p>PAS VISITE AVANT 31</p>	<p>→SEC</p>	
1951	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</p>	<p>OBSERVE RAPPORTE PAS</p> <p> PAS VU DISPONIBLE</p>		
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/ DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1952	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>SONT DELIVRES LES SERVICES DE TBC</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ</p> <p>AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</p> <p>PAS D'INTIMITÉ. 4</p>			
1953	<p>VERIFIEZ Q214</p> <p>ANTI-TUBERCULEUX STOCKES AILLEURS OU <input type="checkbox"/> OU PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE)</p>	<p>ANTITUBERCULEUX STOCKES DANS LE <input type="checkbox"/> SERVICE DE TBC (REPONSE 1 ENCERCLEE)</p>	<p>→ 931</p>	
<p>REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 20: TEST DE DEPISTAGE DU VIH

2000	VERIFIEZ Q102.11 FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>		PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT →
------	--	--	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DE DEPISTAGE DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE COUNSELING ET LE DEPISTAGE DU VIH. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2001	Combien de jours par mois les services de dépistage du VIH sont-ils délivrés dans la structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DES JOURS. <input type="text"/> <input type="text"/>	
2002	Quand un prestataire voudrait qu'un patient fasse le test de dépistage du VIH, ou bien quand le patient accepte de faire le test, quelle est la procédure qui est suivie? En d'autres termes, quelles sont les options possibles pour faire le test de dépistage? APRES QUE LA REPONSE EST DONNEE, SONDER POUR DETERMINER TOUTES LES AUTRES PROCEDURES POUR FAIRE LE DEPISTAGE DU VIH. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DANS LE SERVICE A PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE AU LABO PATIENT ENVOYE A UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE. C PATIENT ENVOYE AU LABO DE LA STRUCTURE. D PATIENT ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE. ... E PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE F	
2003	VERIFIEZ Q2002 FOURNITURE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" PAS ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 2005
2004	Puis-je voir un kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3	
2005	Est-ce qu'il existe dans ce service des tableaux/fiches/cartes individuelles pour les patients qui reçoivent des prestations dans ce service? (par ex., un carnet de santé) Cela renvoie à tout système, où les informations individuelles sur les patients sont enregistrées de telle sorte qu'un fichier de tous les soins et services sont disponibles dans un seul document?	OUI 1 NON PAS DE DOSSIER INDIVIDUEL DE MALADE. 2	→ 2007
2006	Puis-je voir un exemplaire de dossier de malade?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
2007	Est-ce que les directives nationales sur le counseling et le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2009
2008	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→ 2011
2009	Est-ce que d'autres types de directives sur le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2011
2010	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
2011	Est-ce que le personnel de cet établissement a accès à la prophylaxie post-exposition contre le VIH?	OUI 1 NON 2	
2012	Est-ce que des protocoles/directives écrites pour la prophylaxie post-exposition sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UN AUTRE DOCUMENT	OUI 1 NON 2	→ 2014
2013	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
2014	VERIFIEZ Q2002 PRELEVEMENT DE SANG DANS LE SERVICE ("A" OU "B" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE PRELEVEMENT DE SANG DANS SERVICE (NI "A" NI "B" NI "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 2052

PRECAUTIONS DE BASE

2050	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DEPISTAGE SUR LE VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPIONDANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 PTME 16 MATERNITE 17 IST 18 TUBERCULOSE 19 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 PETITE CHIRURGIE 23 PAS VISITE AVANT 31	→2053	
2051	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE RAPPORTE PAS VU PAS DISPONIBLE		
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUES	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
2052	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ 4		
2053	Est-ce que des condoms à donner aux patients recevant des services de counseling et de dépistage du VIH, sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2055	
2054	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS 1 RAPPORTÉS, PAS VUS 2		
2055	VERIFIEZ Q2002 DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (NI "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←		
2056	Est-ce que cet établissement a un accord avec la structure de référence pour les tests, pour que les résultats soient retournés ici, soit directement soit par le patient?	OUI 1 NON 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT →		
2057	Puis-je voir quelques evidences de cet accord?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2		
REMERCEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 21: TRAITEMENT DU VIH

2100	VERIFIEZ Q102.12 FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>
------	--	--

DEMANDER A VOIR L'ENDOIT OU ON FOURNIT LES SERVICES DU TRAITEMENT DU VIH.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CES SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2101	Est-ce que les prestataires de santé dans cette structure prescrivent un traitement ARV	OUI 1 NON 2	
2102	Est-ce que les prestataires de santé dans cette structure fournissent des services de suivi du traitement aux personnes sous ARV, y compris la fourniture de services communautaires?	OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE 1 OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE ET DANS LA COMMUNAUTE 2 NON 3	
2103	VERIFIEZ Q2101 ET Q2102 REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT Q2101 OU Q2102 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q2101 NI Q2102 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>	
2104	Est-ce que les Directives Nationales sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2106
2105	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→2108
2106	Est-ce que d'autres types de directives sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2108
2107	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	

TESTS DE BASE AVANT LE TRAITEMENT ARV

2108	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer s'ils font des tests de base de façon systématiquement, sélective ou jamais, avant de mettre un patient sous ARV.			
		TEST DE SITUATION DE REFERENCE EFFECTUÉ DE FAÇON		
	TEST	SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS NSP
01	Hémoglobine/hématocrite	1	2	3 8
02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	1	2	3 8
03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3 8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3 8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3 8
06	Bilan des fonctions rénales (créatinine sérique, urée et électrolytes)	1	2	3 8
07	Analyse d'urines	1	2	3 8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3 8
09	Test crachat pour la TBC	1	2	3 8
10	Hépatite B	1	2	3 8
11	Radiographie du thorax	1	2	3 8
12	Tous autres tests de routine (SPECIFIER)	1	2	3 8

TESTS DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TARV

2109	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer si un test de suivi est fait systématiquement, de manière sélective ou jamais pendant que le patient est sous TARV (c'est-à-dire pour le suivi)			
		TEST DE SUIVI EFFECTUÉ DE FAÇON		
	TEST	SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS NSP
01	Hémoglobine/hématocrite	1	2	3 8
02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	1	2	3 8
03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3 8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3 8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3 8
06	Bilan des fonctions rénales (créatinine sérique, urée et électrolytes)	1	2	3 8
07	Analyse d'urines	1	2	3 8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3 8
09	Test crachat pour la TBC	1	2	3 8
10	Hépatite B	1	2	3 8
11	Radiographie du thorax	1	2	3 8
12	Tous autres tests de routine _____ (SPECIFIER)	1	2	3 8
2110	VERIFIEZ Q216 ARV STOCKES AILLEURS OU PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>			ARV STOCKES DANS LE SERVICE DE TARV (REPONSE 1 ENCERCLEE) <input type="checkbox"/> 941
REMERCEZ VOTRE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 22: SOINS ET SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH

2200	VERIFIEZ Q102.13 FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH	PAS DE FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH	<input type="checkbox"/>
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SOINS ET LES SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER QUESTIONS SUIVANTES.

2201	Veuillez SVP me dire si les prestataires de santé fournissent les services suivants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA:			OUI	NON	NSP
01	Prescrire un traitement contre toute infection opportuniste ou symptôme lié au VIH/SIDA. Cela inclut le traitement des infections fongiques topiques.			1	2	8
02	Faire un traitement systématique par voie intraveineuse des infections fongiques spécifiques telles que la méningite à cryptocoque			1	2	8
03	Faire un traitement pour le sarcome de Kaposi			1	2	8
04	Faire ou prescrire un traitement palliatif pour les patients, tels que la gestion des symptômes ou de la douleur ou les soins infirmiers aux patients en phase terminale, ou très affaiblis.			1	2	8
05	Fournir des services de réhabilitation nutritionnelle, c'est-à-dire l'éducation et la fourniture au patient de suppléments nutritionnels			1	2	8
06	Prescrire ou fournir un supplément de protéines enrichies			1	2	8
07	Fournir des soins pédiatriques pour les enfants atteints du VIH/SIDA			1	2	8
08	Prescrire ou fournir un traitement préventif contre la TB (INH + Pyridoxine)			1	2	8
09	Fournir un traitement préventif primaire contre les infections opportunistes, tel que le traitement préventif au Cotrimoxazole			1	2	8
10	Fournir ou prescrire un supplément en oligo-éléments tels que des vitamines ou du fer			1	2	8
11	Fournir le counseling et/ou services de PF			1	2	8
12	Fournir des condoms pour la prévention de la transmission du VIH			1	2	8
2202	Est-ce qu'il y a un système pour tester et dépister systématiquement la TBC chez les patients séropositifs?	OUI 1 NON 2		→ 2204		
2203	Puis-je voir le registre qui montre que les patients seropositifs sont systématiquement tester et dépister pour la TBC?	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVÉ 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTÉ, PAS VU. 2				
2204	Est-ce que les directives nationales pour la gestion clinique du VIH/SIDA sont disponibles dans ce service ?	OUI 1 NON 2		→ 2206		
2205	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2				
2206	Est-ce que les directives sur les soins palliatifs sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2		→ 2208		
2207	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2				
2208	Est-ce qu'il y a dans ce service des condoms à distribuer aux patients qui reçoivent les services?	OUI 1 NON 2		Section suivante		
2209	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. 2				
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.						

SECTION 23: MALADIES NON TRANSMISSIBLES

2300	VERIFIEZ Q102.14 FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT →				

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS QUI ONT DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES OU CHRONIQUES, TELLES QUE LE DIABETE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORME SUR LA FOURNITURE DE TELS SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

DIABETE

2301	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou gèrent le diabète?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION 2 OUI, GESTION SEULEMENT 3 NON 4	→ 2310
2302	Est-ce que les directives nationales sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2304
2303	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→ 2310
2304	Est-ce que d'autres types de directives sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2310
2304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	

MALADIES CADIO-VASCULAIRES

2310	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou gèrent les maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION 2 OUI, GESTION SEULEMENT 3 NON 4	→ 2320
2311	Est-ce que les directives nationales pour le diagnostic et la gestion des maladies cardiovasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2313
2312	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→ 2320
2313	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et la gestion des maladies cardiovasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2320
2314	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	

MALADIES RESPIRATOIRES

2320	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou gèrent des maladies respiratoires chroniques telles que la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION 2 OUI, GESTION SEULEMENT 3 NON 4	→ 2330
2321	Est-ce que les directives nationales pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2323
2322	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→ 2330
2323	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2330
2324	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	

EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE

2330	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE LISTES CI-DESSOUS. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	SECTION INFORMATIONS GENERALES 1 PAS VISITE AVANT. 2						→ 2350
2331	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le principal service et s'ils sont fonctionnels DEMANDER A VOIR LES EQUIPEMENTS ET MATERIELS	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP	
01	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8	
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT [GRADUATION 250 gr]	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8	
03	PESE-PERSONNE POUR ENFANT [GRADUATION 100 gr]	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8	
04	STADIOMETRE [OU TOISE] POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8	
05	RUBAN DE MESURE [POUR LA CIRCONFERENCE]	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8	
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8	
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 08 ↙	1	2	8	
08	APPAREIL BP NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 09 ↙	1	2	8	
09	APPAREIL BP MANUEL	1 → b	2 → b	3 10 ↙	1	2	8	
10	SOURCE D'ECLAIRAGE (LAMPE DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3 11 ↙	1	2	8	
11	MASQUE ET BALLON AUTOGONFLABLE [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3 12 ↙	1	2	8	
12	MASQUE ET BALLON AUTOGONFLABLE [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3 13 ↙	1	2	8	
13	MICRONEBULISEUR	1 → b	2 → b	3 14 ↙	1	2	8	
14	DISPOSITIFS D'ESPACEMENT POUR INHALATEURS	1 → b	2 → b	3 15 ↙	1	2	8	
15	DEBIMETRES	1 → b	2 → b	3 16 ↙	1	2	8	
16	OXIMETRE DE POULS	1 → b	2 → b	3 17 ↙	1	2	8	
17	CONCENTRATREURS D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 18 ↙	1	2	8	
18	BOUTEILLE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 19 ↙	1	2	8	
19	SYSTÈME DE DISTRIBUTION DE L'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 20 ↙	1	2	8	
20	KITS DE PERFUSION - ADULTE	1	2	3				
21	KITS DE PERFUSION - ENFANT	1	2	3				

SALLE DE CONSULTATION DES PATIENTS

2350	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES11</p> <p>VACCINATION INFANTILE12</p> <p>SOINS INFANTILES. 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL 14</p> <p>CPN. 15</p> <p>PTME. 16</p> <p>MATERNITE. 17</p> <p>IST 18</p> <p>TUBERCULOSE 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21</p> <p>PETITE CHIRURGIE. 23</p> <p>PAS VISITE AVANT. 31</p>	<p>→ St</p>	
2351	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</p>	<p>OBSERVÉ</p>	<p>RAPPORTÉ, PAS VU</p>	<p>PAS DISPONIBLE</p>
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] /ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
2352	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT</p>	<p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT. 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ. 4</p>		
<p>REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 24: SERVICES DE PETITE CHIRURGIE

2400	VERIFIEZ Q102.15 FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	---	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FAIT LA PETITE CHIRURGIE.
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DE SERVICES DE LA PETITE CHIRURGIE.
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES ACTES DE PETITE CHIRURGIE ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESS

2401	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PINCE PORTE-AIGUILLE	1 → b	2 → b	3 02	1	2	8
02	LAME DE BISTOURI AVEC MANCHE	1 → b	2 → b	3 03	1	2	8
03	ECARTEUR CHIRURGICAL	1 → b	2 → b	3 04	1	2	8
04	CISEAUX CHIRURGICAUX	1 → b	2 → b	3 05	1	2	8
05	TUBE NASOGASTRIQUE (10-16G)	1 → b	2 → b	3 06	1	2	8
06	TOURNIQUET / GARROT	1 → b	2 → b	3 2402	1	2	8
2402	Veuillez SVP me dire si le matériel ou les médicaments suivant sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN MEDICAMENT AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE			(B) PAS OBSERVE		
		AU MOINS UN VALIDE		DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'	PAS DISPONIBLE JAMAIS DISPONIBLE
01	FIL DE SUTURE ABSORBABLE	1		2	3	4	5
02	FIL DE SUTURE NON-ABSORBABLE	1		2	3	4	5
03	ANTISEPTIQUE/SAVON ANTISEPTIQUE	1		2	3	4	5
04	LIDOCAINE / LIGNOCAINE INJECTION	1		2	3	4	5
05	KETAMINE INJECTION	1		2	3	4	5
2403	Est-ce qu'il y a des directives sur la Gestion intégrée des urgences et des soins chirurgicaux de base (IMEESC)?	OUI		1	NON		2 → 2450
2404	Puis-je les voir?	OBSERVÉES.....		1	RAPPORTÉES, PAS VUES.....		2

PRECAUTIONS DE BASE

2450	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES 11</p> <p>VACCINATION INFANTILE 12</p> <p>SOINS CURATIFS INFANTILES 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL 14</p> <p>CPN 15</p> <p>PTME 16</p> <p>MATERNITE 17</p> <p>IST 18</p> <p>TUBERCULOSE 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22</p> <p>PAS VISITÉ AVANT 31</p>	<p>SE</p>	
2451	<p>MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</p>	<p>OBSERVE</p>	<p>RAPPORTE PAS VU</p>	<p>PAS DISPONIBLE</p>
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
2452	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT</p>	<p>SALLE SEPARÉE 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ 4</p>		
<p>REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 25: CESARIENNES

2500	VERIFIEZ Q102.16 FOUNTURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOUNTURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
------	--	---	--

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU ON PRATIQUE LES CESARIENNES.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRATIQUE DES CESARIENNES.

SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2501	Est-ce que la structure dispose d'un prestataire qui est qualifié pour pratiquer une césarienne et qui est présent ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI 1 NON 2	→ 2504
2502	Est-ce qu'il y a un horaire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'équipe de garde?	OUI 1 NON 2	→ 2504
2503	Puis-je le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU 2	
2504	Est-ce que la structure dispose d'un anesthésiste qui est présent dans la structure ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI 1 NON 2	→ 2507
2505	Est-ce qu'il y a un horaire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'équipe de garde?	OUI 1 NON 2	→ 2507
2506	Puis-je le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU 2	
2507	Est-ce qu'une césarienne a été pratiquée dans la structure au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2	

DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES CESARIENNES ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESSOUS

	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	MACHINE D'ANESTHESIE RESPIRATEUR	1 → b	2 → b	3 02↙	1	2	8
02	CIRCUIT DU RESPIRATEUR(MASQUE, BALLON, FILTRE, TUYAU)	1 → b	2 → b	3 02A↙	1	2	8
02A	ELECTROCARDIOSCOPE (SCOPE)	1 → b	2 → b	3 03↙	1	2	8
03	CANULE OROPHARYNGEE DE MAYO (ADULTE)	1 → b	2 → b	3 04↙	1	2	8
04	CANULE OROPHARYNGEE (ENFANT)	1 → b	2 → b	3 05↙	1	2	8
05	PINCE MAGILLS - ADULTE	1 → b	2 → b	3 06↙	1	2	8
06	PINCE MAGILLS - ENFANT	1 → b	2 → b	3 07↙	1	2	8
07	TUBE ENDOTRACHEAL (3.0 - 5.0)	1 → b	2 → b	3 08↙	1	2	8
08	TUBE ENDOTRACHEAL (5.5 - 9.0)	1 → b	2 → b	3 09↙	1	2	8
09	STYLET D'INTUBATION GUIDE D'INTUBATION	1 → b	2 → b	3 10↙	1	2	8
10	AIGUILLE SPINALE	1 → b	2 → b	3 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	1	2	8

REMERCEZ VOTRE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.

SECTION 26: ANALYSE DE GROUPE SANGUIN ET TEST DE COMPATIBILITE

2600	VERIFIEZ Q102.18 FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>					PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
2601	Veuillez SVP me dire si les réactifs ou les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI REACTIF AU MOINS UN EST VALIDE (PAS PÉRIMÉ)		(A) OBSERVE DISPONIBLE AU MOINS UN VALIDE		(B) PAS OBSERVE DISPONIBLE RAPPORTE NSP / PAS AUCUN DISPONIBLE DISPONIBLE JAMAIS VALIDE PAS VU AUJOURD' DISPONIBLE			
01	Réactif Anti-A (avec date d'expiration valide)		1	2	3	4	5	
02	Réactif Anti-B (avec date d'expiration valide)		1	2	3	4	5	
03	Réactif Anti-D (avec date d'expiration valide)		1	2	3	4	5	
04	Réactif de COOMBS (avec date d'expiration valide)		1	2	3	4	5	
04A	Réactif Anti-AB (avec date d'expiration valide)		1	2	3	4	5	

SECTION 27: SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE

2700	VERIFIEZ Q102.19 FOURNITURE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	--	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT DANS LA STRUCTURE OÙ LE SANG EST COLLECTÉ, STOCKÉ, TRANSFORMÉ OU M AVANT LA TRANSFUSION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE DANS STRUCTURE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES

2701	D'où vient le sang qu'on utilise dans la structure pour les transfusions sanguines? SONDER POUR AVOIR UNE LISTE COMPLETE DES SOURCES DU SANG.	BANQUE DE SANG NATIONALE. A BANQUE DE SANG REGIONALE. B DON DE SANG DIRECT DES PARENTS C AUTRE _____ D (SPECIFIER)	
2702	Est-ce qu'au cours des 3 derniers mois, on a fait une transfusion de sang dans un contexte obstétrical (cad, pour des soins maternels)?	OUI 1 NON 2	

DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

2710	Est-ce qu'avant de faire la transfusion, le sang qui est transfusé dans cette structure est dépisté, pour n'importe quelle maladie infectieuse <u>soit dans la structure même ou en dehors</u> ?	OUI 1 NON 2	→ 2720
2711	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté seulement dans la structure, seulement dans une structure externe, ou dans les deux à la fois?	SEULEMENT DANS CETTE STRUCTURE. 1 SEULEMENT DANS UNE AUTRE STRUCTURE. 2 DEPISTAGE A LA FOIS INTERNE ET EXTERNE. 3	
2712	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté pour l'une des maladies infectieuses suivante, soit <u>dans la structure même ou en dehors</u> ? SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "parfois", ou "rarement" dépisté?	TOUJOURS PARFOIS RAREMENT NON	
01	VIH	1 2 3 4	
02	SYPHILIS	1 2 3 4	
03	HEPATITE B	1 2 3 4	
04	HEPATITE C	1 2 3 4	
2713	Est-ce qu'on a une fois envoyé du sang en dehors de la structure pour le dépistage de l'une des 4 maladies infectieuses mentionnées ci-dessus?	OUI 1 NON 2	→ 2720
2714	Pour laquelle des maladies a-t-on envoyé du sang en dehors de la structure pour le dépistage? DEMANDER A VOIR LA DOCUMENTATION	(A) PRELEVEMENT ENVOYE POUR TESTS EXTERNES OUI NON (B) DOCUMENTS SUR LES TESTS EXTERNES OUI NON	
01	VIH	1 → b 2 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/>	1 2
02	SYPHILIS	1 → b 2 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/>	1 2
03	HEPATITE B	1 → b 2 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/>	1 2
04	HEPATITE C	1 → b 2 <input type="checkbox"/> 2720 <input type="checkbox"/>	1 2

CONSERVATION DU SANG

2720	Est-ce qu'il est arrivé que la structure manque de sang pendant plus d'un jour, à n'importe quel moment au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2	
2721	Est-ce qu'il existe dans ce service un réfrigérateur pour la conservation du sang?	OUI 1 NON 2	→ 2724
2722	Puis-je voir le réfrigérateur?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	→ 2724
2723	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR OÙ ON CONSERVE LE SANG?	ENTRE +2 ET +6 DEGRES. 1 PLUS DE +6 DEGRES. 2 MOINS DE +2 DEGRES. 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL. 4	
2724	Est-ce qu'il existe des directives quelconques sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OUI 1 NON 2	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
2725	Puis-je voir les directives sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	

SECTION 30: NIVEAU GENERAL DE PROPRETE DE LA STRUCTURE DE SANTE

3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LES CONDITIONS DE LA STRUCTURE	OUI	NON
01	LE SOL: BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS	1	2
02	COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES: NETTOYES PAS DE TRACE VISIBLE DE POUSSIERE OU DE DECHETS	1	2
03	AIGUILLES, OBJETS TRANCHANTS HORS DE LA BOITE DE SECURITE	1	2
04	BOITES POUR OBJETS TRANCHANTS QUI DEBORDENT/ OU SONT PERCEES	1	2
05	BANDAGES/DECHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS	1	2
06	MURS: SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉS	1	2
07	PORTES: SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉES	1	2
08	PLAFOND: TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2
	HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR(TRICE)

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REpondANT:

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

AUTRES COMMENTAIRES:

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR: _____ DATE: _____

MEASURE DHS - ENQUETE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTE

INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTE

Code de la structure:

--	--	--	--	--

Code Enquêteur:

--	--

Numéro de SERIE du Prestataire:

--	--

[DU FORMULAIRE LISTANT LE PERSONNEL]

Sexe du prestataire: (1=MASCULIN; 2=FEMININ)

--

Statut du Prestataire: (1 = affecté; 2 = appuie)

--

Nombre d'observations de PF associés au prestataire.

--

Nombre d'observations d'"Enfants Malades" associés au prestataire.

--

INDIQUER SI LE PRESTATAIRE
A ETE PRECEDEMMENT INTERVIEWE
DANS UNE AUTRE STRUCTURE.
SI OUI, INSCRIRE NOM ET
CODE DE LA STRUCTURE OU
IL A ETE INTERVIEWE

OUI, PRECEDEMMENT INTERVIEWE

..... 1

NOM&CODE DE LA STRUCTURE

--	--	--	--	--

→ FIN

NON, PAS INTERVIEWE PRECEDEMMENT

2

LIRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUIVANT

Bonjour. Mon nom est _____. Je représente l'Agence Nationale de la Statistique et de la Demographie (ANSD) et le Ministère de la Santé.
Nous faisons une étude pour d'aider le gouvernement à en savoir plus sur les services de sante de notre pays.
Je vais commencer par vous lire quelques lignes expliquant le but de l'étude.

Votre structure a été sélectionné pour faire partie de l'étude. Nous allons poser plusieurs questions sur
les types de prestations que vous fournissez personnellement, et à propos de la formation que vous avez reçue.

Les informations que vous nous donnez pourront être utilisées par le ministère de la Santé, d'autres institutions ou chercheurs,
dans le but d'améliorer la panification des services ou pour des études plus approfondies des services de santé.

Ni votre nom ni celui d'un autre agent de santé participant dans cette étude ne sera mentionné dans la base de données
ou dans un rapport; cependant, il y a une petite possibilité qu'un des répondants puisse être identifié dans l'avenir.
Pourtant, nous demandons votre aide pour nous assurer que les informations que nous recueillons sont exactes.

Vous pouvez refuser de répondre à telle ou telle question ou interrompre l'interview à tout moment. Cependant, nous espérons que
vous participerez à l'enquête. Avez-vous des questions en rapport avec l'enquête? Ai-je votre accord pour commencer?

signature de l'enquêteur

				2	0	1	
JOUR		MOIS		ANNEE			

LA SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUE QUE LE CONSENTEMENT A ETE OBTENU

101

Puis-je commencer l'interview maintenant?

OUI. 1

NON. 2

→ FIN

1. EDUCATION ET EXPERIENCE

102	Je voudrais vous poser des questions sur votre formation.							
	Au total, combien d'années d'études primaires, secondaires, et supérieures avez-vous complétées?		ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					
103	Quelle est votre profession/qualification actuelle? Par exemple, êtes-vous un(e) infirmier/infirmière, médecin généraliste ou médecin spécialiste? [la liste sera spécifique au pays - elle doit être suffisamment étendue, éviter le besoin d'inclure « autre »]	MEDECIN GENERALISTE 01 MEDECIN SPECIALISTE 02 TECHNICIEN SUPERIEUR 03 INFIRMIER(E) [Y COMPRIS INFIRMIER D'ETAT, BLOC, ANESTHESISTE] 04 ASSISTANT INFIRMIER [Y COMPRIS AIDE INFIRMIER, AGENT SANITAIRE ET INFIRMIER DIPLOME D'ECOLE] 05 SAGE-FEMME 06 BIOLOGISTE/ TECHNICIEN DE LABO 07 ASSISTANT TECHNICIEN DE LABO 08 QUALIFICATION NON-TECHNIQUE 95 AUTRE 96 SPECIFIER _____						
104	En quelle année avez-terminé cette formation? SI QUALIFICATION NON-TECHNIQUE (103=95), DEMANDEZ: En quelle année avez-vous terminé votre formation de base en vue de l'obtention de votre qualification actuelle?	ANNEE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
105	En quelle année avez-vous commencé à travailler dans cette structure?	ANNEE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
106	Avez-vous reçu le vaccin contre l'hépatite B? SI OUI, DEMANDEZ: Combien de doses avez-vous reçues jusqu'à présent?	OUI, UNE DOSE 1 OUI, 2 DOSES 2 OUI, 3 DOSES OU PLUS 3 NON 4	→ 108					
107	Avez-vous été vacciné dans le cadre de votre travail dans cette structure?	OUI 1 NON 2						
108	Etes-vous un directeur ou responsable de l'un ou l'autre service clinique?	OUI 1 NON 2						

2. FORMATION GÉNÉRALE / PALUDISME /MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

200	Tout d'abord, je voudrais vous poser des questions au sujet de quelques cours généraux de formation. Avez-vous reçu une formation continue (c.-à-d depuis que vous avez commencé à travailler) ou une formation de mise à jour sur l'un ou l'autre thème suivant? [LIRE LE THEME] SI OUI, DEMANDEZ: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Les mesures de précaution universelles, telles que l'hygiène des mains, nettoyage et désinfection, gestion de déchets, prévention de piqûres accidentelles dues aux aiguilles de seringue ou de blessures par d'autres objets tranchants, ou bonnes pratiques d'injection?	1	2	3
02	Toute formation spécifique à la sécurité des injections?	1	2	3
03	Systèmes de Gestion de l'Information Sanitaire ou remplissage des rapports pour n'importe quel service ?	1	2	3
04	La confidentialité et le droit aux pratiques non-discriminatoires pour des personnes vivant avec le VIH/SIDA?	1	2	3

201	VÉRIFIEZ A LA Q103 LA PROFESSION/LA QUALIFICATION DU PRESTATAIRE CODE 07 OU 08 (CAD., EN RAPPORT AVEC LABO) ENCERCLE <input type="checkbox"/> → 700 CODE 07 OU 08 N'EST PAS ENCERCLE <input type="checkbox"/>	
Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet des prestations que vous fournissez personnellement comme partie de vosre fonction actuelle au sein de cette structure et de toute formation continue ou formation de mise à jour liée à ce sujet que vous avez reçue. Rappelez-vous que nous parlons de services que vous fournissez dans le cadre de votre fonction actuelle au sein de cette structure.		
202	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, fournissez-vous personnellement des services connus sous le nom de « amis des jeunes » conçus pour être adressés aux jeunes ou adolescents ? c.-à-d. ayant pour objectif d'encourager l'utilisation des services chez les jeunes ou adolescents ?	OUI. 1 NON. 2
203	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets s'adressant spécifiquement aux services réservés aux jeunes ou adolescents, services comme "amis des jeunes"? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . 3

PALUDISME

204	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et / ou traitez personnellement le palu?	OUI. 1 NON. 2		
205	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec le diagnostic et/ traitement du paludisme?	OUI. 1 NON. 2	→207	
206	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour axée sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2	3
02	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3
03	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIC RAPIDE DU PALUDISME	1	2	3
04	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2	3
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2	3
06	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2	3
07	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3

DIABÈTE

207	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement le diabète ?	OUI. 1 NON. 2	
208	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour axée sur le diagnostic et/ou gestion du diabète? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . 3	

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

209	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement les maladies cardiovasculaires telle que l'hypertension?	OUI. 1 NON. 2	
210	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour axée sur le diagnostic et/ou gestion des maladies cardio-vasculaires? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . 3	

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

211	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement les affections respiratoires chroniques telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)?	OUI. 1 NON. 2	
212	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . 3	

3. SERVICES DE SANTE INFANTILE

300	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de vaccination des enfants ?	OUI. 1 NON. 2	
301	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de suivi de la croissance infantile ?	OUI. 1 NON. 2	
302	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de soins curatifs aux enfants ?	OUI. 1 NON. 2	
303	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec la santé infantile ou les maladies de l'enfance?	OUI. 1 NON. 2	→ 400
304	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
			NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	PEV OU SURVEILLANCE DE LA CHAÎNE DE FROID	1	2
02	PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANCE (PCIME)	1	2
03	DIAGNOSTIC DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2
04	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIC RAPIDE DU PALUDISME	1	2
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2
06	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	1	2
07	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE	1	2
08	CARENCE EN MICRONUTRIMENTS ET/OU ÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL	1	2
09	ALLAITEMENT AU SEIN	1	2
10	SUPPLÉMENTATION ALIMENTATION CHEZ LES NOURRISSONS	1	2
11	VIH/SIDA PÉDIATRIQUE	1	2
12	ARV PÉDIATRIQUE	1	2
13	AUTRE SUJET SUR LA SANTÉ INFANTILE (PRÉCISER) _____	1	2

4. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

400	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de planification familiale ?	OUI. 1 NON. 2	
401	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets en rapport avec la planification familiale?	OUI. 1 NON. 2	→ 500
403	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
			NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	COUNSELING EN GÉNÉRAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	1	2
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DE DIU	1	2
03	INSERTION ET/OU RETRAIT D'IMPLANTS	1	2
04	PRATIQUER LA VASECTOMIE	1	2
05	PRATIQUER LA LIGATURE DES TROMPES	1	2
06	GESTION CLINIQUE DES MÉTHODES DE PF, Y COMPRIS LA GESTION DES EFFETS SECONDAIRES	1	2
07	PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES FEMMES INFECTÉES AU VIH	1	2
08	AUTRE SUJET RELATIF À LA PF (SPÉCIFIER) _____	1	2

5.SERVICES DE SANTE MATERNELLE

CPN - SOINS POSTPARTUM -PTME

500	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de soins prénatals ou de soins postnatals ?	OUI, PRENATAL. 1 OUI, POSTNATAL. 2 OUI, LES DEUX. 3 NON, AUCUN DES DEUX. 4	
	SI OUI, INSISTEZ ET NOTEZ LESQUELS SERVICES SONT FOURNI		
501	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets relatifs aux soins prénatals ou soins postnatals?	OUI. 1 NON. 2	→503
502	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE		
01	Dépistage en CPN (ex.,la tension artérielle, glycosurie et protéinurie)?	1	2
02	Conseils en CPN (ex., nutrition, PF et soins du nouveau-né)?	1	2
03	Complications de la grossesse et leur prise en charge	1	2
04	L'évaluation nutritionnelle de la femme enceinte, comme le calcul de l'indice de masse corporelle et la mesure de la circonférence du bras à mi-hauteur?	1	2
503	Fournissez-vous personnellement des prestations qui sont spécifiquement orientées vers la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant? SI OUI, DEMANDEZ: Quelles sont les prestations spécifiques que vous fournissez? INDIQUEZ LEQUEL DES SERVICES SUR LA LISTE EST FOURNI ET INSISTEZ: Y-A-T-IL UN AUTRE?	CONSEILS PREVENTIFS. A CONSEILS POUR TEST VIH. B FAIRE UN TEST VIH. C FOURNIR DES ARVs A LA MERE. . D FOURNIR DES ARVs A L'ENFANT. E PAS DE SERVICES PTME. Y	
504	Avez-vous reçu dans le cadre de la formation continue , une formation sur des sujets liés à santé maternelle et/ou du nouveau-né et le VIH/SIDA ?	OUI. 1 NON. 2	→506
505	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE		
01	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	1	2
02	Conseils nutritionnels pour le nouveau-né né de mère avec VIH/SIDA ?	1	2
03	Alimentation des nourrissons et jeunes enfants	1	2
04	Pratiques des gestes obstétricaux actualisées en relation avec le VIH?	1	2
05	Traitement antirétroviral prophylactique pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2

SERVICES D'ACCOUCHEMENT

506	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des accouchements ? Je veux dire faire de véritables délivrances de nouveau-nés?	OUI. 1 NON. 2	→ 509			
507	Durant les 6 derniers mois, combien d'accouchements, approximativement, avez-vous conduit comme principal prestataire (y inclure les accouchements effectués dans un cadre privé et dans cette structure) ?	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr></table>				
508	A quand remonte la dernière fois que vous avez utilisé un partogramme?	JAMAIS. 0 LA SEMAINE DERNIERE. 1 LE MOIS DERNIER. 2 LES 6 DERNIERS MOIS. 3 IL Y A PLUS DE 6 MOIS. 4				
509	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur sujets liés à l'accouchement?	OUI. 1 NON. 2	→ 511			
510	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE		
01	La Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC)?	1	2	3		
02	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC)?	1	2	3		
03	Soins de routine pour le travail et l'accouchement vaginal?	1	2	3		
04	Prise en Charge Active du Troisième Stade du Travail (GATPA)?	1	2	3		
05	Soins obstétricaux d'urgence (SOU) / Aptitudes à sauver la vie - en général?	1	2	3		
06	Les soins post-avortement?	1	2	3		
07	Les pratiques de soins à l'accouchement spécifiquement destinées à éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2	3		

SERVICES DES SOINS AUX NOUVEAU-NES

511	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des soins aux nouveau-nés?	OUI. 1 NON. 2		
512	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux soins des nouveau-nés?	OUI. 1 NON. 2	→ 600	
513	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	La réanimation néonatale utilisant un sac et un masque	1	2	3
02	L'allaitement maternel précoce et exclusif	1	2	3
03	Prise en charge des infections du nouveau-né (y compris les antibiotiques injectables)	1	2	3
04	Soins thermiques (y compris le séchage immédiat et contact peau-à-peau)	1	2	3
05	Utilisation du matériel stérile en coupant le cordon et soins du cordon appropriés	1	2	3
06	Soins Maternels Kangourou (SMK) pour les bébés de faible poids à la naissance	1	2	3

6. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES - TB - VIH / SIDA

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

600	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des IST?	YES. 1 NO. 2	
601	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux services IST?	YES. 1 NO. 2	→ 603
602	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	1	2 3
02	La prise en charge syndromique des IST	1	2 3
03	La résistance aux médicaments pour le traitement des IST	1	2 3

LA TUBERCULOSE

603	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées à la tuberculose. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une formation continue ou une formation de mise à jour y relatif LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	Fournissez-vous [LIRE SERVICE]? (a)	Avez-ecu une formation continue sur [SERVICE]? SI OUI, derniers 24 mois ou plus? (b)		
		OUI NON	OUI, derniers 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMATION
01	Diagnostic de la tuberculose basé sur des tests de crachat ou de l'analyse	1 2	1	2	3
02	Diagnostic de la tuberculose basé sur les symptômes cliniques	1 2	1	2	3
03	Prescription de traitement de la tuberculose	1 2	1	2	3
04	Fourniture des services de suivi de traitement de la tuberculose	1 2	1	2	3
05	Utilisation de la stratégie traitement de courte durée sous surveillance directe (DOT)	1 2	1	2	3
06	Prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose	1 2	1	2	3
07	Prise en charge de la TB multiresistante (MDR) ou identification des cas à référer	1 2	1	2	3

SERVICES VIH/SIDA

604	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées aux services VIH. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une formation continue ou une formation de mise à jour y relatif LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	Fournissez-vous [LIRE SERVICE]? (a)	Avez-ecu une formation continue sur [SERVICE]? SI OUI, derniers 12 mois ou plus? (b)		
		OUI NON	OUI, derniers 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMATION
01	Fournir des conseils relatifs au test du VIH	1 2	1	2	3
02	Effectuer le test du VIH	1 2	1	2	3
03	Fournir des services liés à la PTME	1 2	1	2	3
04	Fournir des services de soins palliatifs	1 2	1	2	3
05	Fournir des services de traitement antirétroviral, y compris la prescription, le counseling, ou le suivi	1 2	1	2	3
06	Fournir un traitement préventif des infections opportunistes (IO) comme la tuberculose et la pneumonie	1 2	1	2	3
07	Fournir des soins pédiatriques pour le SIDA	1 2	1	2	3
08	Fournir des soins à domicile pour le VIH/SIDA	1 2	1	2	3
09	Fournir des services de prophylaxie post-exposition (PPE)	1 2	1	2	3

7. SERVICES DE DIAGNOSTIC

700	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, effectuez-vous personnellement des examens en laboratoire? ENCERCLEZ LE CODE 2 « NON » SI LE PRESTATAIRE COLLECTE SEULEMENT DES SPÉCIMENS	OUI..... 1 NON..... 2	→ 800	
701	S'il vous plaît dites-moi si vous faites personnellement l'un ou l'autre des tests suivants dans le cadre de votre travail au sein de cette structure	OUI	NON	
01	L'examen microscopique des crachats pour diagnostiquer la tuberculose	1	2	
02	Tests de dépistage rapide du VIH	1	2	
03	Tout autre test du VIH, comme la PCR, ELISA, ou Western Blot	1	2	
04	Tests d'hématologie, tel que le test de l'anémie	1	2	
05	Le test CD4	1	2	
06	Microscopie pour le diagnostic du paludisme	1	2	
702	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux différents tests de diagnostic que vous effectuez?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 800	
703	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	L'examen microscopique des crachats pour diagnostiquer la tuberculose?	1	2	3
02	Le test VIH?	1	2	3
03	Le test CD4?	1	2	3
04	Dépistage sanguin du VIH avant la transfusion?	1	2	3
05	Dépistage sanguin de l'hépatite B avant la transfusion?	1	2	3
06	Les examens pour surveiller la TAR tels que TLC et la créatinine sérique?	1	2	3
07	La microscopie pour le diagnostic du paludisme?	1	2	3

800	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de votre travail au sein de cette structure.</p> <p>En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans cette structure? SI LES SEMAINES NE SONT PAS REGULIERES, DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE FAIRE LA MOYENNE DU NOMBRE D'HEURES PAR MOIS ET DIVISEZ ALORS CE NOMBRE PAR 4.</p>	<p>NOMBRE MOYEN D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE DANS CETTE STRUCTURE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
801	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la supervision que vous avez personnellement reçue. Cette supervision peut être d'un superviseur de la structure sanitaire même ou de l'extérieur. Recevez-vous un appui technique ou une supervision dans votre travail?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ : A quand remonte la dernière supervision ?</p>	<p>OUI, AU COURS DES 3 MOIS DERNIERS. 1</p> <p>OUI, IL Y A 4-6 MOIS. 2</p> <p>OUI, IL Y A 7-12 MOIS. 3</p> <p>OUI, IL Y A PLUS DE 12 MOIS. 4</p> <p>NON. 5</p>	<p>→ 804</p>
802	Combien de fois durant les six derniers mois votre travail a été supervisé ?	<p>NOMBRE DE FOIS. <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>CHACQUE JOUR. '96</p>	
803	La dernière fois que vous avez été personnellement supervisé, est-ce que votre superviseur a fait l'une des choses suivantes:	<p>OUI NON NSP</p>	
01	Vérifier vos registres ou rapports?	<p>A VERIFIE REGISTRE 1 2 8</p>	
02	Observer votre travail?	<p>A OBSERVE TRAVAIL 1 2 8</p>	
03	Donner n'importe quelle appréciation (positive ou négative) sur vos performances?	<p>FEEDBACK 1 2 8</p> <p>05 ← 05</p>	
04	Donner une appréciation verbale disant que vous faites bien votre travail?	<p>APPRECIATION VERBALE 1 2 8</p>	
05	Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail?	<p>A ACTUALISE 1 2 8</p>	
06	Discuter des problèmes que vous avez rencontrés?	<p>A DISCUTE DES PROBLEMES 1 2 8</p>	
804	<p>Avez-vous une description écrite des activités de votre travail actuel ou de votre position dans cette structure sanitaire?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ : Est-ce que je peux la voir ?</p>	<p>OUI, VUE 1</p> <p>OUI, RAPPORTEE, PAS VUE 2</p> <p>NON 3</p>	
805	Y a-t-il des occasions de promotion dans votre travail actuel?	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p> <p>INCERTAIN/NE SAIT PAS. 8</p>	
806	<p>Quel(s) type(s) de supplément de salaire recevez-vous, si il y en a un?</p> <p>INSISTEZ: Rien d'autres?</p>	<p>SALAIRE MENSUEL OU QUOTIDIEN COMPLÉMENTAIRE. A</p> <p>PERDIEM EN ASSISTANT A UNE FORMATION. B</p> <p>ALLOCATION DE SERVICE. C</p> <p>PAIEMENT POUR ACTIVITÉS SUPPLEMENTAIRES (NON FOURNIES ROUTINIEREMENT). D</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRECISEZ)</p> <p>AUCUN. Y</p>	
807	Dans votre position actuelle, quels sont les encouragements non-matérielles avez-vous reçus pour le travail que vous effectuez, s'il y en a un?	<p>CONGE/VACANCES A</p> <p>UNIFORMES, SACS A DOS, CASQUETTES etc.. B</p> <p>REDUCTION SUR MEDICAMENTS, BILLETS GRATUITS POUR SOINS, BONS, etc. C</p> <p>FORMATION. D</p> <p>RATION ALIMENTAIRE/REPAS. E</p> <p>LOGEMENT SUBVENTIONNE F</p> <p>AUCUN Y</p>	

808	<p>Parmi les diverses choses liées à votre situation de travail que vous voudriez voir améliorées, pouvez-vous me citer les trois choses qui selon vous sont les plus susceptibles d'améliorer votre capacité à fournir des prestations de soins? Classez-les, s'il vous plaît, par ordre d'importance, 1 étant le plus important</p> <p>ENTREZ LA LETTRE CORRESPONDANT A LA 1ERE CHOSE MENTIONNEE DANS LA 1ERE CASE, ET FAIRE DE MEME POUR LA 2EME ET LA 3EME.</p> <p>SI LE PRESTATAIRE MENTIONNE 1 OU 2 ELEMENTS SEULEMENT LAISSEZ ALORS VIDES LA/LES CASE(S) RESTANTE(S). IL DOIT Y AVOIR AU MOINS UN ELEMENT SAISI.</p>	<table> <tr> <td>PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR</td> <td>A</td> <td rowspan="17"> <div>CLASSEMENT</div> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>PLUS DE FOURNITURES/STOCK.</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>MOINS DE CHARGE DE TRAVAIL (c.à.d. PLUS DE PERSONNEL).</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL / HORAIRES FLEXIBLES.</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>PLUS D'ENCOURAGEMENTS/ INCITATIONS (SALAIRE, PROMOTION, VACANCES).</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>TRANSPORT POUR PATIENTS REFERES.</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>FOURNIR DES ANTIRETROVIRAUX.</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>FOURNIR DE LA PROPHYLAXIE POSTEXPOSURE (PEP)</td> <td>J</td> </tr> <tr> <td>AUGMENTER LA SECURITE.</td> <td>K</td> </tr> <tr> <td>MEILLEURE INFRASTRUCTURE.</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE.</td> <td>M</td> </tr> <tr> <td>SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES).</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>AUTRES.</td> <td>X</td> </tr> </table>	PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR	A	<div>CLASSEMENT</div> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS	B	PLUS DE FOURNITURES/STOCK.	C	ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE	D	MOINS DE CHARGE DE TRAVAIL (c.à.d. PLUS DE PERSONNEL).	E	MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL / HORAIRES FLEXIBLES.	F	PLUS D'ENCOURAGEMENTS/ INCITATIONS (SALAIRE, PROMOTION, VACANCES).	G	TRANSPORT POUR PATIENTS REFERES.	H	FOURNIR DES ANTIRETROVIRAUX.	I	FOURNIR DE LA PROPHYLAXIE POSTEXPOSURE (PEP)	J	AUGMENTER LA SECURITE.	K	MEILLEURE INFRASTRUCTURE.	L	PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE.	M	SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES).	N	AUTRES.	X
PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR	A	<div>CLASSEMENT</div> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																		
PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS	B																																			
PLUS DE FOURNITURES/STOCK.	C																																			
ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE	D																																			
MOINS DE CHARGE DE TRAVAIL (c.à.d. PLUS DE PERSONNEL).	E																																			
MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL / HORAIRES FLEXIBLES.	F																																			
PLUS D'ENCOURAGEMENTS/ INCITATIONS (SALAIRE, PROMOTION, VACANCES).	G																																			
TRANSPORT POUR PATIENTS REFERES.	H																																			
FOURNIR DES ANTIRETROVIRAUX.	I																																			
FOURNIR DE LA PROPHYLAXIE POSTEXPOSURE (PEP)	J																																			
AUGMENTER LA SECURITE.	K																																			
MEILLEURE INFRASTRUCTURE.	L																																			
PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE.	M																																			
SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES).	N																																			
AUTRES.	X																																			
REMERCIEZ LE PRESTATAIRE ET PASSEZ AU PROCHAIN ENDROIT DE COLLECTE DE DONNEES																																				

10/10/2012

MEASURE DHS ENQUETE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DES SOINS DE SANTE

OBSERVATION DES SERVICES DE PLANNIFICATION FAMILIALE

1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

TYPE QUESTIONNAIRE		O	P	F
Nom de la structure: _____				
Localisation de la structure: _____				
NUMERO DE LA STRUCTURE				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE

Provider category: MEDECIN GENERALISTE01 MEDECIN SPECIALISTE02 TECHNICIEN SUPERIEUR03 INFIRMIER(E) [Y COMPRIS INFIRMIER D'ETAT, BLOC ET ANESTHESIST]. 04 ASSISTANT INFIRMIER [Y COMPRIS AIDE INFIRMIER, AGENT SANITAIRE ET INFIRMIER DIPLOME D'ECOLE] 05 SAGE-FEMME 06 BIOLOGISTE / TECHNICIAN DE LABORATOIRE 07 ASSISTANT TECHNICIAN DE LABORATOIRE 08 QUALIFICATION NON-TECHNIQUE 95 AUTRE 96 _____ SPECIFIEZ	PROVIDER CATEGORY <input type="text"/> <input type="text"/>
SEXE DU PRESTATAIRE (Masculin =1 Feminin =2)	SEXE DU PRESTATAIRE <input type="text"/>
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE	NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>

3. INFORMATION SUR L'OBSERVATION

Date:	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom de l'observateur: _____	CODE DE L'OBSERVATEUR <input type="text"/> <input type="text"/>
Code du client:	CODE DU CLIENT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ DONNÉE PAR LA CLIENTE	OUI 1 NON 2	→ FIN
102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DÉBUT DE L'OBSERVATION :	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	EST-CE LA PREMIÈRE OBSERVATION POUR CE/CETTE PRESTATAIRE POUR CE SERVICE?	OUI 1 NON 2	
104	ENREGISTREZ LE SEXE DE LA CLIENTE (DU CLIENT)	MASCULIN 1 FEMININ 2	
NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES	

HISTOIRE DE LA PATIENTE (POUR LES FEMMES SEULEMENT)

105	INDIQUEZ, CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANÉMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :	
01	Date de la dernière naissance ou âge de l'enfant le plus jeune	A
02	Date des dernières règles (pour savoir si enceinte actuellement)	B
03	Statut d'allaitement	C
04	Régularité du cycle menstruel	D
05	Aucun	Y

HISTOIRE DU PATIENT/DE LA PATIENTE (TOUS LES PATIENTS)

106	INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LA CLIENTE ET HISTOIRE REPRODUCTIVE. INDIQUEZ CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANÉMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :	
01	Âge de la cliente (du client)	A
02	Nombre d'enfants vivants	B
03	Désire un enfant ou plus d'enfants	C
04	Délai désiré pour une naissance ou un prochain enfant	D
05	Aucun	Y

EXAMEN PHYSIQUE

107	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A EXÉCUTÉ L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRÈS OU A POSÉ L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS DE SANTÉ SUIVANTES.	
01	Prendre la pression sanguine de la cliente	A
02	Peser la cliente	B
03	Interroger la cliente au sujet du tabagisme	C
04	Interroger la cliente au sujet des symptômes relatifs aux IST (par exemple, écoulement anormal).	D
05	Interroger la cliente au sujet des maladies chroniques (maladie du cœur, diabète, hypertension, problème de foie ou d'ictère, cancer du sein).	E
05A	Interroger la cliente au sujet des médicaments qu'elle est en train de prendre	F
06	Aucun	Y

PARTENAIRE ET IST

108	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A OU NON DISCUTÉ DES QUESTIONS CI-APRÈS LIÉES AUX PARTENAIRES SEXUELS ET AU CHOIX DE LA MÉTHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE.	
01	De l'attitude du partenaire envers la planification familiale.	A
02	Du statut du partenaire (nombre de partenaires de la cliente ou de son partenaire; l'absence du partenaire).	B
03	Du risque des IST.	C
04	De l'utilisation des condoms pour prévenir les IST.	D
05	De l'utilisation des condoms seuls ou avec une autre méthode pour essayer de prévenir les IST.	E
06	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

QUESTIONS/PREOCCUPATIONS

109	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE OU LA PATIENTE ONT FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS	
01	Interroge la cliente au sujet de questions ou de soucis concernant les méthodes actuellement utilisées.	A
02	La patiente a dit qu'elle a eu des soucis, ou a posé des questions sur les effets secondaires ou sur la méthode?	B
03	Aucun	Y

CONFIDENTIALITE

110	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A PRIS OU PAS L'UNE OU L'AUTRE DES MESURES SUIVANTES POUR ASSURER LA CLIENTE DE L'INTIMITÉ.	
01	Assure l'intimité visuelle.	A
02	Assure l'intimité auditive.	B
03	Assure la cliente oralement de la confidentialité.	C
04	Aucun	Y

METHODES PRESCRITES OU FOURNIES

111	INDIQUEZ QUELLES MÉTHODES ONT ÉTÉ FOURNIES OU PRESCRITES PENDANT CETTE VISITE. SI DES CONDOMS ÉTAIENT PRESCRITS POUR L'USAGE AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES. VERIFIEZ LA METHODE AVEC LE PRESTATAIRE [SI ANCIENNE CLIENTE VENUE POUR SE REAPPROVISIONNER EN PILULES OU POUR RECEVOIR UNE NOUVELLE INJECTION OU POUR SE FAIRE REMPLACER UN DIU PENDANT CETTE VISITE, ENCERCLEZ LA METHODE POUR LAQUELLE ELLE EST VENUE]		
	METHODE	(A) PRESCRIT	(B) DONNE
01	PILULE COMBINEE	A	A
02	PILULE ORALE PROGEST. SEUL	B	B
03	PILULE ORALE (TYPE NON SPECIFIE)	C	C
04	PILULE COMBINEE INJECTABLE (MENSUELEMENT)	D	D
05	INJECTABLE A BASE DE PROGESTORONE SEULE POUR 2 OU 3 MOIS)	E	E
06	CONDOM MASCULIN	F	F
07	CONDOM FEMININ	G	G
08	DIU	H	H
09	IMPLANT	I	I
10	PILULE DU LENDEMAIN	J	J
11	COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES	K	K
12	CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	L	L
13	VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE)	M	M
14	STERILISATION FEMININE	N	N
15	METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORHEE (MAMA)	O	O
16	AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME)	X	X
17	PAS DE METHODE	Y	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
POUR LA OU LES MÉTHODES DES QUESTIONS 112-129, INDIQUEZ SI LES INFORMATIONS APPROPRIÉES CI-DESSOUS RELATIVES AU COUNSELING ONT ÉTÉ ÉVALUÉES OU DISCUTÉES.		
112	VERIFIEZ Q111: SI "A", "B", "C", "D" OU "E" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 114	
113	PILULE OU INJECTABLES	
01	Prise (de la pilule quotidiennement ; et de l'injection chaque mois ou tous les 3 mois).	A
02	Le changement qui peut se produire avec les règles (diminution du flux, spotting).	B
03	Les effets secondaires qui peuvent se produire au début (comme la nausée, le gain de poids, et la tension mammaire).	C
04	Que faire en cas d'oubli de la pilule ou de l'injection au moment indiqué.	D
05	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	E
06	Doit retourner à la structure quand les effets secondaires apparaissent ou persistent	F
07	Aucun	Y
114	VERIFIEZ Q111: SI "F" OU "G" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 116	
115	CONDOM	
01	La non utilisation si la cliente est allergique au latex.	A
02	Ne peut être employé qu'une seule fois.	B
03	Les lubrifiants qui peuvent être utilisés (hydrosoluble seulement pour le condom masculin; n'importe quel lubrifiant pour le condom féminin)	C
04	Son utilisation comme protection si la cliente craint l'échec avec une autre méthode.	D
05	De la double protection (contre la grossesse et les IST)	E
06	Aucun	Y
116	VERIFIEZ Q111: SI "H" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 118	
117	DISPOSITIF INTRAUTERIN/STERILET (DIU)	
01	Efficace pendant 12 années.	A
02	Doit retourner à la formation dans 3-6 semaines après l'insertion ou après les premières règles.	B
03	Des effets secondaires courants qui peuvent se produire (saignement intense pendant les premiers mois qui suivent l'insertion, spotting, ou de légères crampes abdominales).	C
04	Doit retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires persistent.	D
05	L'utilisatrice doit régulièrement vérifier le fil après chaque menstruation.	E
06	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	F
07	Aucun	Y
118	VERIFIEZ Q111: SI "I" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 120	
119	IMPLANT	
01	Efficace pendant 3-5 années.	A
02	Changement qui peut se produire avec la menstruation (saignement irrégulier, spotting).	B
03	Des effets secondaires qui peuvent se produire au début (nausée, gain de poids, et tension mammaire).	C
04	Doit retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires persistent.	D
05	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	E
06	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
120	VERIFIEZ Q111: SI "J" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	122
121	CONTRACEPTION D'URGENCE	
01	Prendre une autre dose si vomissement dans les deux heures qui suivent la prise	A
02	Retour pour un contrôle de grossesse, si les prochaines règles sont exceptionnellement légères ou ne se produisent pas dans un délai de 4 semaines	B
03	Première dose qui doit être prise 72 heures après le rapport sexuel	C
04	Deuxième dose qui devrait être prise 12 heures après la première dose.	D
05	Pas une méthode contraceptive de routine et donc ne doit pas être répétée/prise plus de trois fois dans un mois.	E
06	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	F
07	Aucun	Y
122	VERIFIEZ Q111: SI "K" OR "L" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI NON (ALLEZ A)	124
123	RYTHME OU ABSTINENCE PERIODIQUE	
01	Comment identifier la période fertile d'une femme	A
02	Ne pas avoir de rapports pendant la période fertile de la femme sans méthode alternative	B
03	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	C
04	Aucun	Y
124	VERIFIEZ Q111: SI "M" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	126
125	VASECTOMIE	
01	La partenaire est protégée contre la grossesse après 3 mois	A
02	Utilisation d'une méthode de relais pour les 3 mois qui suivent l'opération.	B
03	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un faible risque d'échec.	C
04	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, tension mammaire et saignement).	D
05	Doit retourner à la structure en cas de signes	E
06	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	F
07	Aucun	Y
126	VERIFIEZ Q111: SI "N" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	128
127	STERILISATION FEMININE	
01	protège contre la grossesse immédiatement	A
02	Méthode qui est prévue d'être permanente; avec un faible risque d'échec.	B
03	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, légers maux de tête, fièvre, saignement et absence des règles).	C
04	Doit retourner à la structure en cas de signes	D
05	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	E
06	Aucun	Y
128	VERIFIEZ Q111: SI "O" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	130
129	MAMA	
01	Du faible risque minime de grossesse peu de temps avant la reprise de la menstruation.	A
02	Doit allaiter de manière exclusive ou presque exclusive	B
03	Pas efficace après le retour des règles.	C
04	L'enfant doit avoir moins de 6 mois.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y

130	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS	
01	Regardé la carte de santé du/de la patient(e) à n'importe quel moment avant de commencer la consultation, pendant l'anamnèse ou l'examen physique.	A
02	Ecrit sur la fiche de PF et sur la carte de RDV du/de la patient(e)	B
03	Utilisé quelque aide visuelle pour l'éducation sanitaire ou des conseils sur les méthodes de PF.	C
04	Parlé de la visite prochaine	D
05	Aucun	Y

131	CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE A LA FIN DE LA CONSULTATION. VERIFIEZ LA CARTE DU PATIENT/DE LA PATIENTE OU LE REGISTRE SI NECESSAIRE.		
01	La patiente a-t-elle déjà eu un contact avec un prestataire de PF dans cette structure?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	
02	Est ce que cette patiente a déjà été enceinte?	OUI 1 NON..... 2 PATIENT (HOMME) 3 NSP 8	

201	INDIQUEZ SI UNE PROCEDURE CLINIQUE A ÉTÉ CONDUITE PENDANT CETTE VISITE.																
01	EXAMEN PELVIEN	A	→ 301														
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DU DIU	B															
03	ADMINISTRATION D'UN INJECTABLE	C															
04	INSERTION ET/OU RETRAIT DES IMPLANTS	D															
05	AUCUN	Y															
202	LE PRESTATAIRE QUI FAIT L'EXAMEN CLINIQUE EST-IL CELUI QUI A FAIT LE COUNSELLING?	OUI 1 NON 2	→ 206														
<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, je représente le ministère de la santé. Nous effectuons une enquête dans les formations sanitaires, avec le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais observer la façon de procéder avec la cliente. [Mme ____] est d'accord et ne voit pas d'inconvénients à ma présence. Ainsi, observer tous les composants des services fournis à [Mme ____] nous aidera à mieux comprendre comment les services de santé sont fournis.</p> <p>Toute information concernant cette procédure restera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je vous laisse seuls, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission d'être présent durant la procédure?</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px; text-align: center; font-weight: bold;">2</td> <td style="width: 20px; height: 30px; text-align: center; font-weight: bold;">0</td> <td style="width: 20px; height: 30px; text-align: center; font-weight: bold;">1</td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">JOUR</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANNÉE</td> </tr> </table> </div> <p>_____ Signature de l'Enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p>							2	0	1		JOUR			MOIS		ANNÉE	
			2	0	1												
JOUR			MOIS		ANNÉE												
203	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ REÇUE DU PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	→ 301														

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES
204	ENREGISTREZ LA FONCTION DU PRESTATAIRE AYANT EXECUTE LA MAJEURE PARTIE DE L'EXAMEN CLINIQUE.	MEDECIN GENERALISTE 01 MEDECIN SPECIALISTE 02 TECHNICIEN SUPERIEUR 03 INFIRMIER(E) [Y COMPRIS INFIRMIER D'ETAT, BLOC ET ANESTHESISTE] 04 ASSISTANT INFIRMIER [Y COMPRIS AIDE INFIRMIER, AGENT SANITAIRE, ET INFIRMIER DIPLOME D'ECOLE] 05 SAGE-FEMME 06 BIOLOGISTE / TECHNICIEN DE LABORATOIRE 07 ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE 08 QUALIFICATION NON-TECHNIQUE 95 AUTRE 96 (SPECIFIEZ)	
205	ENREGISTREZ LE SEXE DU PRESTATAIRE CONDUISANT L'EXAMEN OU LE PROCEDURE CLINIQUE.	MASCULIN 1 FEMININ 2	

6. EXAMEN PELVIEN

206	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UN EXAMEN PELVIEN A ETE CONDUIT ?	OUI 1 NON 2	→ 210
-----	---	----------------------------	-------

AVANT L'EXAMEN

207	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE	
01	Assurer l'intimité visuelle de la patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive de la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	Preparer les instruments avant la procédure	D
05	Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	E
06	Porter des gants en latex avant de commencer	F
07	Aucun	Y

PENDANT L'EXAMEN

208	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS PENDANT LA PROCEDURE	
01	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	A
02	Demander à la patiente de respirer profondément et lentement afin de relâcher les muscles	B
03	Inspecter les organes génitaux externes	C
04	Expliquer l'utilisation du speculum (s'il est utilisé)	D
05	Inspecter la muqueuse vaginale et le col cervical en utilisant le spéculum et la lumière	E
06	Exécuter un examen bimanuel de l'utérus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPANT L'ABDOMEN)	F
07	Aucun	Y

APRES L'EXAMEN

209	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	B
03	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	C
04	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure	D
05	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

7. INSERTION/RETRAIT DU DIU

210	VERIFIEZ Q201 : UN DIU A-T-IL ETE INSERE OU RETIRE ?	INSERTION DU DIU A RETRAIT DU DIU B EXAMEN DU DIU C AUCUN Y	→ 215
-----	--	--	-------

AVANT LA PROCEDURE

211	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE	
01	Assurer l'intimité visuelle de la patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive de la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	(POUR NOUVELLE PATIENTE) Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	D
05	(POUR NOUVELLE PATIENTE) S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	G
08	Porter des gants en latex avant de commencer	H
09	Nettoyer le vagin et le col cervical avec un désinfectant	I
10	Aucun	Y

PENDANT LA PROCEDURE

212	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS PENDANT LA PROCEDURE	
01	Exécuter un examen bimanuel de l'utérus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPANT L'ABDOMEN)	A
02	Réaliser l'examen au speculum avant l'examen bimanuel	B
03	Inspecter la muqueuse vaginale et le col cervical en utilisant le spéculum et la lumière	C
04	Utiliser une pince de Pozzi	D
05	Mesurer la hauteur utérine avant d'insérer le DIU	E
06	Expliquer chacune de ces procédures ci-dessus	F
07	Utiliser la "technique de retrait" pour insérer le DIU	G
08	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	H
09	AUCUN	Y

APRES LA PROCEDURE

213	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	B
03	Demander à la patiente d'attendre et de se reposer 5 minutes après l'insertion du DIU	C
04	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	D
05	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure	E
06	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
INTERACTION PATIENTE-PRESTATAIRE		
214	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	A-t-il dit à la patiente que la méthode est efficace pendant 12 mois?	A
02	A-t-il conseillé à la patiente de retourner à la structure dans 3 à 6 semaines après insertion ou après les premières règles?	B
03	A-t-il instruit la patiente de vérifier régulièrement la présence du fil après chaque période des règles	C
04	A-t-il dit à la patiente qu'elle pourrait expérimenter des effets secondaires? (saignement abondant les premiers mois, saignement en goutte ou de légères douleurs abdominales)	D
05	A-t-il instruit à la patiente de retourner à la structure si les effets secondaires persistent	E
06	A-t-il donné à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion et la date de la prochaine visite de suivi.	F
07	(SI RETRAIT DU DIU): Montrer le DIU qui a été retiré.	G
08	AUCUN	Y

8. LES CONTRACEPTIVES INJECTABLES

215	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UNE INJECTION CONTRACEPTIVE A ETE DONNEE ?	OUI 1 NON 2 → 220
-----	--	----------------------------------

AVANT LA PROCEDURE

216	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE	
01	(POUR NOUVELLE PATIENTE) Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	A
02	(POUR NOUVELLE PATIENTE) S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	B
03	(ANCIENNE PATIENTE) Vérifier la carte de la patiente pour s'assurer de donner l'injection à la date prévue.	C
04	Assurer l'intimité visuelle de la patiente	D
05	Assurer l'intimité auditive de la patiente	E
06	Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	F
07	Préparer l'injection dans un espace avec une table ou un plateau propre pour y placer ce dont il a besoin	G
08	AUCUN	Y

PENDANT LA PROCEDURE

217	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS PENDANT LA PROCEDURE	
01	(S'IL UTILISE DU MATERIEL JETABLE) Utiliser une nouvelle seringue et une nouvelle aiguille d'un paquet stérile et scellé	A
02	Ouvrir un nouveau paquet de seringues et d'aiguilles	B
03	Retirer chaque fois l'aiguille du flacon à dose multiple	C
04	Remuer ou agiter le contenu du flacon avant de retirer la dose	D
05	Nettoyer et sécher à l'air libre le lieu de l'injection avant l'injection	E
06	Tirer le piston de la seringue en arrière avant d'injecter le produit	F
07	Après l'injection, permettre à la dose de se disperser toute seule au lieu de masser l'endroit de l'injection	G
08	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
APRES LA PROCEDURE		
218	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	Jeter les objets tranchants dans une boîte de sécurité	A
02	Dire a la cliente de ne pas masser l'endroit de l'injection.	B
03	Dire a la cliente quand revenir pour la prochaine injection	C
04	AUCUN	Y
219	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ETE FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR FORMATION 1 FOURNIES PAR CLIENTE 2 NE SAIS PAS 8

9. INSERTION/RETRAIT D'IMPLANT

220	VERIFIEZ Q201 : DES IMPLANTS ONT-ILS ETE INSERES OU RETIRES ?	INSERTION D'IMPLANT A RETRAIT D'IMPLANT B AUCUN Y	→ 301
-----	---	---	-------

AVANT LA PROCEDURE

221	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE	
01	(POUR NOUVELLE PATIENTE) Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	A
02	(POUR NOUVELLE PATIENTE) S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	B
03	Assurer l'intimité visuelle de la patiente	C
04	Assurer l'intimité auditive de la patiente	D
05	Expliquer les procédures avant de commencer	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	G
08	Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	H
09	Mettre des gants stériles et maintenir la stérilité durant la procédure	I
10	AUCUN	Y

PENDANT LA PROCEDURE

222	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS PENDANT LA PROCEDURE	
01	Nettoyer la peau à l'endroit où l'incision sera faite avec un antiseptique	A
02	Utiliser un champ stérile pour protéger l'endroit de l'incision.	B
03	Utiliser une aiguille et seringue nouvelle ou stérilisé pour l'anesthésie locale	C
04	Laisser à l'anesthésie locale le temps d'agir avant de faire l'incision	D
05	AUCUN	Y

APRES LA PROCEDURE

223	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	Jeter les objets tranchants dans une boîte de sécurité	A
02	Essuyer les surfaces souillées avec un désinfectant.	B
03	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure	C
04	Retirer les gants	D
05	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	E
06	Expliquer les soins de l'incision et le retrait du pansement	F
07	Discuter de la visite prochaine pour le retrait du pansement adhésif	G
08	Fournir à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion de l'implant et la date à laquelle il faudra l'enlever (après 3 à 5 ans).	H
09	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
INTERACTION PATIENTE-PRESTATAIRE		
224	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS	
01	Patiente instruite que l'implant est efficace pendant 3-5 ans (NOMBRE D'ANNEE DEPEND DU TYPE DE L'IMPLANT)	A
02	Patiente instruite à propos des changements possibles du cycle mensuel et/ou autres effets secondaires.	B
03	Patiente instruite sur d'autres effets secondaires non menstruels telque des nausée augmentation du poids ou tension mammaire	C
04	Patiente instruite de retourner à la structure si les effets secondaires persistent	D
05	(EN CAS DE RETRAIT): Montrer à la patiente chaque capsule d'implant retiré en la rassurant que tout a été retiré.	E
06	Fournir à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion de l'implant et la date à laquelle il faudra l'enlever.	F
07	AUCUN	Y

225	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ETE FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR SERVICE 1 FOURNIES PAR CLIENTE 2 NE SAIS PAS 8	
-----	---	--	--

10. STATUT DES CLIENTS DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

A DEMANDER AU PRESTATAIRE APRES LA CONSULTATION

APRES LA CONSULTATION, COMPLETEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES			
301	Quel était le statut de la cliente des services de PF au début de la consultation?	UTILISE 1 N'UTILISE PAS, A UTILISE .. 2 PAR LE PASSE N'UTILISE PAS ET, N'A .. 3 JAMAIS UTILISE INDETERMINE 8	→ 304 → 304 → 304
302	Quelle était la principale raison de cette visite pour la cliente?	REAPPROVISIONNEMENT SUIVI ROUTINIER 1 DISCUTER DE PROBLEME AVEC LA METHODE 2 DESIRE CHANGER METHODE (PAS DE PROBLEME) 3 DESIRE ARRETER PF (PAS DE PROBLEME) 4 DISCUTER AUTRE PRO- BLEME PHYSIQUE 5	
303	Quelle était l'issue de la visite? (POUR UTILISATRICE ACTUELLE)	A CONTINUE AVEC METHO. ACTUELLE 1 A CHANGE DE METHODE 2 CHANGERA DE METHODE NON RECU AUJOURD'HUI CONTINUE AVEC METHODE ACTUELLE 3 CHANGERA DE METHODE NON RECU AUJOURD'HUI ARRETE METHODE ACTUELLE 4 A DECIDE D'ARRETER D'UTILISER LA PF 5	→ 305 → 305 → 305 → 305 → 306
304	Quelle était l'issue de la visite? (SI PAS UTILISATRICE ACTUELLE)	ACCEPTE COMMENCER UNE METHODE 1 N'A PAS CHOISI DE METHO. 2	→ 306
305	Est ce que la cliente est partie avec une méthode à utiliser? SI NON : INDIQUEZ LA RAISON POUR LAQUELLE ELLE N'A PAS REÇU DE METHODE	OUI, A QUITTE AVEC UNE METHODE 1 NON, N'EST PAS EN STOCK .. 2 NON, NECESSITE UN RENDEZ-VOUS 3 NON, REPORTE POUR RAISON DE SANTE 4 NON, STATUT GROSSESSE INCERTAIN 5 AUTRE 6	
306	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ECRIT OU NON SUR LA CARTE OU DANS LE CARNET INDIVIDUEL DE LA CLIENTE APRES LA CONSULTATION.	OUI 1 NON 2 PAS DE CARNET INDIVIDUEL .. 3 NE SAIS PAS 8	
307	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
308	Commentaires de l'Observateur:		

MEASURE DHS - ÉVALUATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

1. Identification de la Structure Sanitaire

2. Information sur le Prestataire

3. Information sur l'Observation

Date: Nom de l'observateur: Code du (de la) Client(e):	JOUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	MOIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ANNÉE	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="0"/>
		<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>
	CODE OBSERVATEUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	CODE CLIENT(e)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
<p>AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DU (DE LA) CLIENT(E). ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ÊTES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ÊTES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.</p>																			
	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente le Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires au Sénégal dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec ce(tte) client(e) afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le le ministère de la Santé ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1;"> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquête a accepté volontairement de participer)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="4">ANNEE</td> </tr> </table> </div> </div>							2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE			
				2	0	1													
JOUR		MOIS		ANNEE															
100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	→ FIN																
	<p>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente le Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au Sénégal. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou la Structure en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service ne seront divulgués. Ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre consultation c'est de manière complètement volontaire. Que vous acceptiez de participer ou non, cela n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la salle de consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, un de mes collègues souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquête a accepté volontairement de participer)</p>																		
101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR L'ACCOMPAGNATEUR.	OUI 1 NON 2	→ FIN																
102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 1.2em; margin: 0 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>																	
103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI 1 NON 2																	
104	INDIQUEZ LE SEXE DE L'ENFANT.	MASCULIN 1 FEMININ 2																	

5. INTERACTION ENTRE LE PRESTATAIRE ET L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

HISTOIRE DU CLIENT

105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ QUE L'ENFANT A EU L'UN OU L'AUTRE DES SYMPTOMES PRINCIPAUX SUIVANTS	
01	fièvre	A
02	Toux ou respiration difficile (ex. une respiration rapide ou tirage sous-costal)	B
03	Diarrhée	C
04	Douleur ou écoulement à l'oreille	D
05	Aucun des symptômes ci-dessus	Y
106	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ L'UN OU L'AUTRE DES SIGNES GÉNÉRAUX DE DANGER SUIVANTS	
01	Enfant est incapable de boire ou de téter	A
02	Enfant vomit tout	B
03	Enfant a eu des convulsions avec cette maladie	C
03A	Enfant est léthargique ou inconscient	D
04	Aucun des signes ci-dessus	Y
107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ÉVALUÉ LES SYMPTOMES D'UNE SUSPICION D'UNE INFECTION PAR LE VIH EN DEMANDANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSSES SUIVANTES:	
01	Le statut sérologique de la mère	A
02	Une tuberculose chez l'un des parents dans les 5 dernières années	B
03	Deux ou plusieurs épisodes de diarrhée chez l'enfant, qui dure chacune 14 jours ou plus	C
04	Aucune des choses ci-dessus	Y

EXAMENS PHYSIQUES

108	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRÈS SUR L'ENFANT MALADE	
01	Pris la température de l'enfant en utilisant un thermomètre	A
02	Touché l'enfant pour sentir la chaleur du corps/fièvre	B
03	Compté le rythme respiratoire	C
04	Ausculté l'enfant (appliquer le stéthoscope sur la poitrine) ou compter les pulsations	D
05	Examiné la peau pour voir s'il y a déshydratation ou non (ex. pincer la peau de l'abdomen)	E
06	Vérifié la pâleur des paumes	F
07	Vérifié la pâleur de la conjonctive ou l'intérieur de la bouche	G
08	Vérifié l'intérieur de la bouche et la gorge (également pour la candidose buccale)	H
09	Vérifié la raideur de nuque	I
10	Regardé dans l'oreille de l'enfant	J
11	Vérifié derrière l'oreille de l'enfant	K
12	Déshabillé l'enfant pour l'examiner (des épaules aux chevilles)	L
13	Pressé les deux pieds pour vérifier la présence d'œdème	M
13A	Pris la taille de l'enfant	N
14	Pesé l'enfant	O
15	Reporté le poids sur le diagramme de croissance (la courbe de croissance)	P
15A	Comparé le poids de l'enfant au poids de référence	Q
16	Vérifié l'existence des ganglions lymphatiques dans 2 ou plusieurs des sites suivants: cou, les aisselles, l'aîne	R
17	Aucun des examens ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

AUTRES EXAMENS

109	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU PROCEDE OU NON A D'AUTRES EXAMENS RELATIFS A LA SANTE DE L'ENFANT EN FAISANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES:	
01	Offert à l'enfant quelque chose à boire ou demandé à la mère de mettre l'enfant au sein SI L'ENFANT BOIT OU PREND LE SEIN PENDANT LA VISITE, CECI COMPTE EN TANT QUE « OUI »	A
02	Interrogé sur les habitudes alimentaires ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	B
03	Interrogé sur les habitudes d' allaitement ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	C
04	Interrogé sur des pratiques alimentaires ou d'allaitement de l'enfant pendant cette maladie	D
05	Mentionné le poids ou la croissance de l'enfant à l'accompagnateur, ou discuté le diagramme de croissance (la courbe de croissance)	E
06	Regardé la carte de vaccination de l'enfant ou interrogé l'accompagnateur au sujet des vaccinations	F
07	Demandé si l'enfant a reçu de la vitamine A durant les 6 derniers mois	G
08	Regardé la carte de santé de l'enfant avant de commencer la consultation, ou tout en rassemblant les informations de l'accompagnateur, ou en examinant l'enfant CE DOCUMENT PEUT ÊTRE UNE CARTE DE VACCINATION OU AUTRE CARTE DE SANTÉ	H
09	A écrit sur la carte santé de l'enfant	I
10	Demandé si l'enfant a reçu un médicament de déparasitage dans les 6 derniers mois	J
11	Aucun des examens ci-dessus	Y

CONSEILS A L'ACCOMPAGNATEUR

110	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Fourni des informations générales sur l'alimentation ou l'allaitement de l'enfant même lorsqu'il n'est pas malade	A
02	Dit à l'accompagnateur de donner des liquides supplémentaires à l'enfant pendant cette maladie	B
03	Dit à l'accompagnateur de continuer d'alimenter l'enfant pendant cette maladie	C
04	Dit à l'accompagnateur que l'enfant a telle maladie	D
05	Décrit les signes et/ou les symptômes pour lesquels l'enfant devrait être immédiatement ramené à la structure.	E
06	Utilisé une aide visuelle pour éduquer l'accompagnateur	F
07	Aucun des conseils ci-dessus	Y

DES CONSEILS SUPPLEMENTAIRES

111	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES IL S'AGIT UNIQUEMENT DES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR DONNERA A L'ENFANT A LA MAISON ET NE COMPREND PAS DE MÉDICAMENT DONNÉ A L'ENFANT PENDANT LA CONSULTATION (EX. SRO OU ANTIDOULEURS) POUR UN TRAITEMENT IMMÉDIAT DES SYMPTÔMES.	
01	Prescrit ou fourni des médicaments par voie orale pendant ou après la consultation	A
02	Expliqué la façon d'administrer un traitement oral	B
03	Demandé l'accompagnateur de répéter les instructions pour l'administration de médicaments à la maison	C
04	A donné la première dose du traitement oral	D
05	Discuté de la visite de suivi de l'enfant malade	E
06	Aucun des conseils ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES
RÉFÉRENCES ET HOSPITALISATION			
112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES		
	ADMINISTRER LES SOINS D'URGENCE AVANT DE REFERER L'ENFANT		
01	RECOMMANDÉ QUE L'ENFANT SOIT HOSPITALISÉ URGEMMENT (C.À.D. ADMIS A L'HÔPITAL OU RÉFÉRÉ À UN AUTRE HÔPITAL)		A
02	RÉFÉRÉ L'ENFANT À UN AUTRE PRESTATAIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE POUR D'AUTRES SOINS		B
03	RÉFÉRÉ L'ENFANT POUR UN TEST EN LABORATOIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE OU EN DEHORS DE LA STRUCTURE		C
04	EXPLIQUÉ LA RAISON DE LA RÉFÉRENCE		D
05	A DONNÉ UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À L'ACCOMPAGNATEUR		E
06	EXPLIQUÉ OÙ (OU CHEZ QUI) ALLER		F
07	LE PRESTATAIRE A EXPLIQUÉ QUAND ALLER POUR LA RÉFÉRENCE		G
08	RIEN DE CE QUI EST DIT CI-DESSUS		Y
113	QUEL A ÉTÉ LE RÉSULTAT DE LA CONSULTATION? [L'OBSERVATION PREND FIN A CE POINT]	TRAITÉ ET RENVOYÉ CHEZ LUI. ... 1 ENFANT RÉFÉRÉ CHEZ PREST-ATAIRE, MÊME STRUCTURE. ... 2 ENFANT ADMIS, MÊME STRUCTURE. 3 ENFANT ENVOYÉ AU LABO. 4 ENFANT RÉFÉRÉ À UNE AUTRE STRUCTURE. 5	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

6. DIAGNOSTIC

DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE VOUS DIRE LE DIAGNOSTIC POUR L'ENFANT MALADE. SI LA DESHYDRATATION ETAIT DIAGNOSTIQUEE, DEMANDEZ SI ELLE ETAIT GRAVE, MODERE, OU LEGERE ET NOTEZ LA REPONSE APPROPRIEE. POUR TOUT AUTRE DIAGNOSTIC, ENCERCLEZ LE DIAGNOSTIC FAIT.		
DIAGNOSTIC (OU SYMPTOME PRINCIPAL, SI AUCUN DIAGNOSTIC)		
201	DESHYDRATATION	
	DESHYDRATATION SEVERE. 1 DESHYDRATATION MODEREE. 2 DESHYDRATATION LEGERE. 3 AUCUN DES SYMPTOMES CI-DESSUS. 4	
202	SYSTEME RESPIRATOIRE	
	PNEUMONIE / BRONCHO-PNEUMONIE A SPASME BRONCHIQUE/ASTHME. B INFECTION RESPIRATOIRE SUPERIEURE (IRS). C MALADIE RESPIRATOIRE, DIAGNOSTIC INCERTAIN. D TOUX, DIAGNOSTIC INCERTAIN. E AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. Y	
203	SYSTEME DIGESTIF / INTESTINAL	
	DIARRHEE. A DYSENTERIE (AUTRE QU' AMIBIASIS). B AMIBIASIS. C AUTRES DIAGNOSTICS DIGESTIFS / INTESTINAUX (PRECISEZ) X AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. Y	
204	PALUDISME	
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR SYMPTOMES). 1 PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST MICROSC) 2 PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST RAPID) 3 AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. 4	
205	FIEVRE/ROUGEOLE	
	FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE. 1 ROUGEOLE PRESUMEE SANS COMPLICATIONS. 2 ROUGEOLE PRESUMEE AVEC COMPLICATIONS (EX. BOUCHE / YEUX). 3 AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. 4	
206	L'OREILLE	
	MASTOIDITE. A INFECTION AIGUE DE L'OREILLE. B INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE. C AUTRE INFECTION DE L'OREILLE. X AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. Y	
207	LA GORGE	
	DOULEUR DE LA GORGE 1 AUTRE DIAGNOSTIC POUR GORGE (SPECIFIEZ) 2 AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. 3	
208	AUTRE DIAGNOSTIC	
	AUTRE DIAGNOSTIC (SPECIFIEZ) 1 PAS D'AUTRE DIAGNOSTIC. 2	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

7. TRAITEMENT

DEMANDEZ A PROPOS DU TRAITEMENT QUI A ETE PRESCRIT OU FOURNI. INSISTEZ SI NECESSAIRE			
209	Avez-vous prescrit un traitement aujourd'hui pour cet enfant? SI OUI, ENCERCLEZ TOUS LES TRAITEMENTS QUI ONT ETE PRESCRITS OU FOURNIS A L'ENFANT AUX QUESTIONS CI-APRES	OUI. 1 NON. 2	→ 215
210	TRAITEMENT GENERAL		
01	INJECTION DE BENZATHINE PENICILLINE		A
02	INJECTION D'AUTRE ANTIBIOTIQUE		B
03	AUTRE INJECTION		C
04	CO-TRIMOXAZOLE COMPRIMES		D
05	CO-TRIMOXAZOLE SIROP		E
06	CAPSULES D'AMOXICILLINE		F
07	AMOXICILLINE SIROP		G
08	AUTRE ANTIBIOTIQUE COMPRIMES/SIROP		H
09	PARACETAMOL		I
10	AUTRES ANTIPYRETIQUES		J
11	ZINC		K
12	VITAMINES (AUTRES QUE LA VITAMINE A)		L
13	SIROPS CONTRE LA TOUX/AUTRES MEDICAMENTS		M
14	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS		Y
211	RESPIRATOIRE		
01	NEBULISEUR OU INHALATEUR		A
02	BRONCHODILATATEUR INJECTABLE (EX.ADRENALINE)		B
03	BRONCHODILATATEUR ORAL		C
04	OREILLE SECHEE PAR DES TIGES MONTEES (APPLICATEURS)		D
05	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS		Y
212	PALUDISME		
01	QUININE INJECTABLE		A
02	ARTHEMETER/ARTESUNATE INJECTABLE		B
03	AUTRE ANTIPALUDIQUE INJECTABLES (FANSIDAR)		C
04	ARTHEMATER/ARTESUNATE EN SUPPOSITOIRE		D
05	ACT ORAL (COARTEM)		E
06	ARTHEMETER/ARTESUNALE ORAL		F
07	AMODIAQUINE ORALE		G
08	FANSIDAR ORALE (SP)		H
09	QUININE ORALE		G
10	AUTRE ANTIPALUDIQUE ORAL		H
11	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS		Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
213	DESHYDRATATION	
01	SRO MAISON (PLAN A)	A
02	SRO INITIAL DANS LA STRUCTURE (4 HEURES - PLAN B)	B
03	SERUMS INTRAVEINEUX (PLAN C)	C
04	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y
214	AUTRE TRAITEMENT& CONSEILS	
01	VITAMINE A (PEUT AUSSI ETRE POUR L'IMMUNISATION)	A
02	CONSOMMER DES ALIMENTS SOLIDES	B
03	PRENDRE DES LIQUIDES SUPPLEMENTAIRES	C
04	PRENDRE DU LAIT MATERNEL	D
05	PRESCRIT / DONNE COMPRIMES VERMIFUGES	E
06	TOUT AUTRE TRAITEMENT _____	X
07	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y

DEMANDEZ AU PRESTATAIRE

215	Est-ce la première visite de [NOM] à cette structure pour cette maladie, ou est-ce une visite de suivi?	PREMIÈRE VISITE 1 SUIVI 2 NE SAIT PAS. 8	
216	Avez-vous vacciné l'enfant au cours de cette visite ou référé l'enfant pour la vaccination aujourd'hui mise à part la Supplémentation en VITAMINE A? SI NON: POURQUOI ?	OUI, A VACCINE ENFANT. 1 OUI, A REFERE 2 NE MANQUE PAS DE VACCIN A COMPLETE VACCINATIONS 3 VACCIN NON DISPONIBLE. 4 ENFANT TROP MALADE. 5 CE N'EST PAS LE JOUR DE LA VACCINATION 6 N'A PAS VERIFIE POUR LA VACCINATION 7	
217	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION.	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
Commentaires de l'Observateur: <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>			

MEASURE DHS - EVALUATION DES PRESTATIONS DE SERVICES DES SOINS DE SANTE

INTERVIEW DE SORTIE DE LA PATIENTE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE

Nom de la Structure Sanitaire: _____

Localisation de la Structure Sanitaire: _____

NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE:

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE:

--	--

INFORMATION SUR L'INTERVIEW

DATE: _____

JOUR

--	--

MOIS

--	--

ANNEE:

2	0	1	
---	---	---	--

Nom de l'enquêteur: _____

CODE DE L'ENQUETEUR:

--	--

CODE DU PATIENT:

--	--	--

1. Informations Sur la Visite - PLANIFICATION FAMILIALE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
	<p>LIRE AU PATIENT: Bonjour, je suis _____ . Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons l'Agence Nationale de la Statistique et de la Demographie (ANSD) et le Ministère de la Santé.</p> <p>Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des structures sanitaires dans notre pays. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre expérience en rapport aux services qui vous a été offerts aujourd'hui.</p> <p>Veuillez savoir que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'entrevue à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'entrevue et que je quitte le service, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission de continuer l'entrevue ?</p> <div style="text-align: right;"> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="4">ANNEE</td> </tr> </table> </div> <hr/> <p>Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p>							2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE			
				2	0	1													
JOUR		MOIS		ANNEE															
100	Puis-je commencer l'entrevue?	OUI 1 NON 2	→ FIN																
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																
102	ENREGISTREZ LE SEXE DU REPODANT	MASCULIN.....1 FEMININ..... 2																	
103	Faisiez-vous quelque chose pour éviter une grossesse avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 105																
104	Avez-vous utilisé une méthode de planification familiale ou avez-vous pris des mesures pour empêcher une grossesse à tout moment durant les 6 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 112																
105	Quelle est la (dernière) méthode que vous utilisez ? SI DES CONDOMS ÉTAIENT UTILISES EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.	PILULE COMBINÉE..... A PILULE PROGEST. SEULE..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIÉ)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I CONTRACEPTION D'URGENCE. J COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE). L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE).. M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). N ALLAITEMENT/MAMAO AUTRE _____ X (SPECIFIER)																	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
106	Le prestataire vous a-t-il demandé aujourd'hui si vous aviez (ou avez eu) un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	
107	Avez-vous eu un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 110
107A	Quels sont les problèmes que vous avez eu avec la méthode? INSISTER: Quel autre problème? ENCERCLEZ TOUT CE QUE LA PERSONNE MENTIONNE	NAUSEE A CEPHALEE B SPOTTING C METRORRAGIE D AMENORRHEE E CRAMPES F HYPERMENORRHEE G INFECTION H REJET I OUBLI J AUTRE X PRECISER	
108	Avez-vous fait mention de ce problème au prestataire pendant la consultation?	OUI 1 NON 2	
109	Le prestataire vous a-t-il suggéré des actions que vous devriez entreprendre pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	
110	Quels étaient les résultats de cette visite -- avez-vous décidé de continuer (recommencer) la même méthode ou de changer de méthode ?	CONTINUER AVEC OU RECOMMEN. MEME. METH. ... 1 CHANGER DE METH. 2 ARRETER UTILISATION (EN RAISON DE PROBLEMES) 3 ARRETER UTILISATION (PERSONNEL-PAS DE PROB.) 4	→ 201
111	Avez-vous pensé au changement de méthodes, et à quelle méthode avez-vous pensé, avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 113 → 115
112	Avez-vous pensé à la méthode de planification familiale que vous alliez utiliser avant que vous ne veniez ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 115
113	Quelle était cette méthode? SI LA CLIENTE MENTIONNE LES CONDOMS EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEULE..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I CONTRACEPTION D'URGENCE. J COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE). L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE). .M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). N ALLAITEMENT/MAMA. O AUTRE X (SPECIFIER)	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
114	Le prestataire vous a-t-il parlé des méthodes que vous venez de mentionner?	OUI 1 NON 2	
115	De quelles (autres) méthodes de planification familiale le prestataire vous a-t-il parlé? ENCERCLEZ TOUTES LES METHODES MENTIONNEES	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEULE..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I CONTRACEPTION D'URGENCE. J COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE). L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE). . M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). N ALLAITEMENT/MAMA. O AUTRE X (SPECIFIER)	
116	Quelle méthode de planification familiale avez-vous reçu ou pour laquelle avez-vous obtenu une prescription ou une référence ? ENCERCLEZ TOUTES LES MÉTHODES QUE LA CLIENTE A REÇU (REC) OU POUR LESQUELLES ELLE A EU UNE PRESCRIPTION OU UNE RÉFÉRENCE (PRES). SI LA CLIENTE CONTINUE D'UTILISER UNE MÉTHODE ANTÉRIEURE ET N'A RECU NI MÉTHODE, NI PRESCRIPTION, NI RÉFÉRENCE A CETTE VISITE, ENCERCLEZ LE CODE "Y". VÉRIFIEZ LE PAQUET OU LA PRESCRIPTION POUR CONFIRMER LE TYPE DE PILLULE OU D'INJECTION	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> PILULE COMBINEE..... PILULE PROGEST. SEULE..... PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... INJ. NORIGYNON (1M)..... INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... CONDOM MASCULIN..... CONDOM FEMININ..... DIU..... IMPLANT..... CONTRACEPTION D'URGENCE. COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE). STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE). . STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). ALLAITEMENT/MAMA AUTRE (SPECIFIER) CONTINUATION DE LA METHODE DANS Q105. . PAS DE METHODE. </div> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>PRES</div> <div>REC</div> </div> A A B B C C D D E E F F G G H H I I J J K K L L M M N N O O X X Y Y Z Z </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 201 ↓ [PASSEZ A 201 SI LES DEUX "Z" SONT ENCERCLES, CAD NI METHODE RECUE NI PRESCRITE] AUTREMENT CONTINUEZ A Q117 </div>	
117	Pendant votre consultation, le prestataire a-t-il :	OUI NON NSP	
01	Expliqué comment utiliser la méthode?	COMMENT UTULISER 1 2 8	
02	Parlé d'effets secondaires possibles?	PARLE EFF. SECOND. 1 2 8	
03	Dit que faire si vous aviez des problèmes ?	QUE FAIRE PROBLEME 1 2 8	
04	Dit quand revenir pour le suivi ?	DIT QUAND REVENIR 1 2 8	

NO.	QUESTIONS		CODES	ALLER A
118	MARQUEZ CI-DESSOUS LA MÉTHODE ENCERCLÉE A LA QUESTION 116. PUIS, POSEZ A LA CLIENTE LA QUESTION LIÉE À CETTE MÉTHODE.			
A	PILULE (N'IMPORTE LAQUELLE)	Combien de fois prenez-vous la pilule?	UNE FOIS PAR JOUR..... 1 AUTRE 2 NSP 8	
B	CONDOM (MASCULIN)	Combien de fois pouvez-vous utiliser un condom ?	UNE FOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
C	CONDOM (FEMININ)	Combien de fois pouvez-vous utiliser un condom ?	UNE FOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
D	DIU	Que devrez-vous faire pour vous assurer que votre DIU est bien en place?	VERIFIER LE FIL 1 AUTRE 2 NSP 8	
E	PROGESTIN INJECTABLE (EX. DEPO-PROVERA 2-3 MOIS)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	2-3 MOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
F	INJECTABLE MENSUEL (NORIGYNON)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	1 MOIS. 1 AUTRE 2 NSP 8	
G	IMPLANT	Quelle est la durée de pro- tection de votre implant contre la grossesse?	3-7 ANS 1 AUTRE 2 NSP 8	
H	METHODE NATURELLE (RYTHME/ CONTINENCE PERIODIQUE)	Comment reconnaissez- vous les jours où vous ne devriez pas avoir de rapports sexuels ?	ELEVATION DE LA TEMPERATURE CORPORELLE A GLAIRE CERVICAL B 12 AU 16 EME JOURS DU CYCLE MENSTRUEL C JOURS DES PERLES BLANCHES DU COLLIER/ 8 AU 19 EME JOURS DU CYCLE MENSTRUEL..... D AUTRE X NSP Z	
I	VASECTOMIE [section obsvs. Demandez si le prestataire a conseillé sur le faible risque]	Après avoir été stérilisé, (et après les 3 premiers mois), pouvez-vous encore rendre une femme enceinte?	OUI,ABSOLUMENT..... 1 OUI FAIBLE RISQUE SEULEMENT 2 NON..... 3 NSP..... 8	
J	LIGATURE DES TROMPES [section obsvs. Demandez si le prestataire a conseillé sur le risque léger]	Après avoir été stérilisée, pouvez-vous devenir enceinte?	OUI, ABSOLUMENT 1 OUI, FAIBLE RISQUE SEULEMENT 2 NON 3 NSP..... 8	
K	MAMA	Pouvez- vous utiliser cette methode s'il y a apparution des regles?	OUI 1 NON 2 NSP..... 8	
119	Votre méthode protège-t-elle contre des infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA ?		OUI 1 NON 2 NSP..... 8	→ 201

2. Satisfaction de la cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																																																																	
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services de planification familiale.</p>																																																																				
201	Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivé à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NSP998																																																																		
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4">PAS DE PROB- LEME NSP</th> </tr> <tr> <th></th> <th>GRAND</th> <th>PETIT</th> <th>LEME</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 Le temps d'attente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>02 La Capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant n'importe quelle méthode de PF avec le prestataire</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>03 La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de n'importe quel problème ou traitement concernant la PF.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>04 L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>06 La disponibilité des médicaments ou des méthodes de planification familiale dans l'établissement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>07 Les heures de service dans cet établissement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>08 Le nombre de jours de fonctionnement par semaine de la struture .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>09 La propreté de l'établissement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>10 Le comportement du personnel à votre egard</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>11 Le coût des services ou du traitement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>				PAS DE PROB- LEME NSP					GRAND	PETIT	LEME	NSP	01 Le temps d'attente	1	2	3	8	02 La Capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant n'importe quelle méthode de PF avec le prestataire	1	2	3	8	03 La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de n'importe quel problème ou traitement concernant la PF.	1	2	3	8	04 L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée.	1	2	3	8	05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.	1	2	3	8	06 La disponibilité des médicaments ou des méthodes de planification familiale dans l'établissement	1	2	3	8	07 Les heures de service dans cet établissement	1	2	3	8	08 Le nombre de jours de fonctionnement par semaine de la struture .	1	2	3	8	09 La propreté de l'établissement	1	2	3	8	10 Le comportement du personnel à votre egard	1	2	3	8	11 Le coût des services ou du traitement	1	2	3	8
	PAS DE PROB- LEME NSP																																																																			
	GRAND	PETIT	LEME	NSP																																																																
01 Le temps d'attente	1	2	3	8																																																																
02 La Capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant n'importe quelle méthode de PF avec le prestataire	1	2	3	8																																																																
03 La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de n'importe quel problème ou traitement concernant la PF.	1	2	3	8																																																																
04 L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée.	1	2	3	8																																																																
05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.	1	2	3	8																																																																
06 La disponibilité des médicaments ou des méthodes de planification familiale dans l'établissement	1	2	3	8																																																																
07 Les heures de service dans cet établissement	1	2	3	8																																																																
08 Le nombre de jours de fonctionnement par semaine de la struture .	1	2	3	8																																																																
09 La propreté de l'établissement	1	2	3	8																																																																
10 Le comportement du personnel à votre egard	1	2	3	8																																																																
11 Le coût des services ou du traitement	1	2	3	8																																																																
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cet établissement ou tout autre établissement?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8																																																																		
204	Vous a-t-on demandé de payer , ou avez-vous payé une certaine somme pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI. 1 NON 2	→ 206																																																																	

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cet établissement aujourd'hui ?	SOMME <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> TOTALE NSP 999998							
206	Est-ce que c'est l'établissement de santé le plus proche de chez vous ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	→ 208 → 208						
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à l'établissement le plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDER POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	LES HEURES D'OPERATION INCONVENIENTES 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER DANS L'ANONYMAT 05 C'EST PLUS CHER 06 A ETE REFEREE 07 AUTRE. 96 NSP 98							
208	En general, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services recus ou fournis dans cette structure aujourd'hui. LIRE TOUTES LES AFFIRMATIONS, CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 3								
210	Pouvez-vous recommander cette structure de santé à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8							

3. Caractéristiques Personnelles de la Cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP. 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint?	PRIMAIRE. 1 POST-PRIMAIRE/VOCATIONEL. 2 SECONDAIRE. 3 SUPERIEUR. . . 4 UNIVERSITAIRE. 5	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE .. 1 OUI, LIRE SEULEMENT 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !		
Commentaires de l'enquêteur:			

MEASURE *DHS* - EVALUATION DES PRESTATIONS DE SERVICES

Interview de Sortie de l'Accompagnateur de l'Enfant Malade

1. Identification de la Formation Sanitaire

Nom de la structure sanitaire: _____	TYPE DE QUESTIONNAIRE.....	<table><tr><td>X</td><td>E</td><td>M</td></tr></table>	X	E	M		
X	E	M					
Adresse de la structure sanitaire: _____							
NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE.....		<table><tr><td></td><td></td></tr></table>					

2. Informations Sur l'Interview

Date: _____	JOUR	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	MOIS	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	ANNEE	<table><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td></tr></table>	2	0	1	
2	0	1				
Nom de l'enquêteur _____	CODE DE L'ENQUETEUR	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	CODE DU (DE LA) CLIENT(E).....	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

3. Informations sur la Visite																			
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
	<p>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR: Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons le ministère de la santé et l'agence nationale des statistiques. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre expérience en rapport aux services qui a été offert à l'enfant que vous avez accompagné d'aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'entrevue à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués. Ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'entrevue et que je quitte le service, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission de continuer l'entrevue ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div> <p>_____ Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p> </div> <div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="4">ANNEE</td> </tr> </table> </div> </div>							2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE			
				2	0	1													
JOUR		MOIS		ANNEE															
100	Puis-je commencer l'entrevue?	CLIENT ACCEPTE 1 CLIENT REFUSE 2	→ FIN																
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																		
102	Quel est le nom de l'enfant malade?	NOM _____																	
AGE DE L'ENFANT																			
103	En quel mois et quelle année est né [NOM]?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS MOIS..... 98 ANNEE..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ANNEE..... 9998																	
104	Quel est l'âge de [NOM] en mois (révolus)?	AGE EN MOIS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS MOIS..... 98																	
SIGNES ET SYMPTOMES DE LA MALADIE ACTUELLE																			
105	[NOM] avait-il(elle) eu de la fièvre au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux jours passés?	OUI 1 NON 2 NSP 8																	
106	[NOM] a-t-il eu fait une convulsion au cours de cette maladie?	OUI 1 NON 2 NSP 8																	
107	[NOM] a-t-il(elle) eu une toux ou des difficultés à respirer?	OUI 1 NON 2 NSP 8																	
108	[NOM] peut-il(elle) boire, manger ou teter?	OUI 1 NON 2 NSP 8																	
109	[NOM] a-t-il(elle) tout vomi après avoir mangé ou tété au cours de cette maladie?	OUI 1 NON 2 NSP 8																	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A		
110	[NOM] avait-il(elle) passé des selles liquides et très abondantes au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux derniers jours?	OUI 1 NON 2 NSP 8			
111	[NOM] dort-il(elle) trop au cours de cette maladie?	OUI 1 NON 2 NSP 8			
112	Pour quelle autre raison avez-vous amené [NOM] dans cette structure de santé aujourd'hui? INSISTEZ : QUOI D'AUTRE ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PROBLEMES AUX OREILLES A AFFECTION DE LA PEAU B BLESSURE C AUTRES _____ X SPECIFIER PAS D'AUTRE RAISON Y			
113	[NOM] a-t-il(elle) déjà été(e) amené(e) dans cette structure avant cette maladie? SI OUI, DEMANDEZ Quand avez-vous amené [NOM] dans cette structure pour la dernière fois avant cette maladie?	AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE 1 AU COURS DES 2-4 SEMAINES PASSEES 2 IL Y A PLUS DE 4 SEMAINES 3 NON 4 NSP 5			
114	Depuis combien de jours la maladie pour laquelle vous avez amené [NOM] aujourd'hui a commencé? SI MOINS D'UN JOUR, METTEZ 00	NBRE JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NSP 98			
INFORMATION FOURNIE A L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT					
115	Est-ce que le prestataire vous a dit de quelle maladie souffrait [NOM]?	OUI 1 NON 2 NSP 3			
116	Que feriez vous si [NOM] ne guérissait pas ou son état s'aggrave.	RETOURNER A LA STRUCTURE 1 ALLER A L'AUTRE STRUCTURE 2 ALLER CHEZ UN AUTRE PRESTATAIRE OU PHARMACIE 3 ALLER CHEZ LE GUERRISSEUR TRADITIONNEL 4 RIEN, ATTENDRE SEULEMENT 5 NE SAIT PAS 8			
117	Le prestataire vous a-t-il parlé au sujet de signes ou symptômes que vous pouvez voir et pour lesquels vous devez immédiatement ramener l'enfant ? SI NECESSAIRE, INSISTEZ : Y a-t-il de sérieux symptômes ou signes de danger pour lesquels on vous a dit de ramener [NOM] immédiatement ? ENCERCLEZ LE SYMPTOME ENUMERE SI L'ACCOMPAGNATEUR COMPREND QUE L'ENFANT DEVRAIT ETRE RAMENE SI LE SYMPTOME NE DISPARAIT PAS OU L'ETAT S'AGGRAVE.	FIEVRE..... A PROBLEMES RESPIRATION..... B DEVIENT PLUS MALADE..... C SANG DANS LES SELLES..... D VOMISSEMENT..... E FAIBLE/NE MANGE PAS..... F FAIBLE/NE BOIT PAS..... G AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON, AUCUN..... Y NE SAIT PAS..... Z			
118	Le prestataire vous a-t-il dit quelque chose sur le fait qu'il faut ramener [NOM] de nouveau à la structure sanitaire pour le suivi ou s'il n'y a pas d'urgence ? SI OUI: Pourquoi devriez-vous revenir ?	PLUS DE MEDICAMENTS..... A SI SYMPTOMES OU L'ETAT S'AGGRAVE..... B RENDEZ-VOUS DE SUIVI..... C SUPPLEMENTATION EN VIT A D RESULTAT LABORATOIRE E ENFANT ADMIS..... F VACCINATION ROUTINIERE..... G AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON..... Y NE SAIT PAS..... Z			

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
TRAITEMENT ET APTITUDE DE L'ACCOMPAGNATEUR A SUIVRE LES INSTRUCTIONS			
119	Le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments pour [NOM] à prendre à la maison ?	OUI, A DONNE MEDICAMENTS... 1 OUI, A DONNE PRESCRIPTION... 2 A DONNE MEDICAMENTS ET PRESCRIPTION..... 3 NON..... 8	→ 124
120	DEMANDEZ À VOIR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR A REÇUS ET TOUT CE QUI EST SIMPLEMENT PRESCRIT SUR LES ORDONNANCES ET NON EXECUTE. ENCERCLEZ LA RÉPONSE DÉCRIVANT LES MÉDICAMENTS ET PRESCRIPTIONS QUE VOUS VOYEZ.	A TOUS LES MEDICAMENTS..... 1 A CERTAIN. MEDS, CERTAINES PRESCRIP. NON EXECUTEES. 2 AUCUN MÉDICAMENT VU, DES PRESCRIP. SEULEMENT..... 3	
121	Est-ce que le prestataire dans la formation sanitaire vous a expliqué comment donner ces médicaments à [NOM] à la maison ? SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
122	Est-ce que vous êtes sûr de la façon d'administrer ces médicaments ; en d'autres termes, combien vous allez donner à [NOM] de chacun de ces médicaments par jour ? SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
123	Est-ce qu'une dose de l'un quelconque de ces médicaments a déjà été donnée à [NOM] ici même au service ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
124	Est-ce que [NOM] a reçu une injection aujourd'hui, ici même, pour traiter la maladie ? SI NON, VERIFIEZ LES PRESCRIPTIONS ET ENREGISTREZ S'IL Y A UNE PRESCRIPTION POUR UNE INJECTION.	OUI, RECU INJECTION..... 1 OUI, RECU PRESCRIPTION POUR INJECTION..... 2 NON..... 3 NE SAIT PAS..... 8	
125	Est-ce que quelqu'un de la formation sanitaire a pesé [NOM] aujourd'hui ?	OUI..... 1 NON..... 2	
126	Est-ce que quelqu'un vous a parlé aujourd'hui au sujet du poids de [NOM] et comment [NOM] se développe ?	OUI..... 1 NON..... 2	
127	Est-ce qu'un prestataire vous a interrogé aujourd'hui au sujet des types de nourritures et des quantités que vous donnez normalement à [NOM] quand il n'est pas malade ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER.. 8	
128	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit au sujet des aliments solides à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 6 PAS CERTAIN..... 8	
129	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit au sujet des liquides ou du lait maternel (si l'enfant est allaité) à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 6 NE SAIT PAS..... 8	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
130	Est-ce que [Nom] a-t-il été vacciné aujourd'hui? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR LA CARTE DE VACCINATION (OU CARNET) DE L'ENFANT INDIQUEZ SI LA CARTE PROUVE QUE L'ENFANT A ÉTÉ VACCINÉ AUJOURD'HUI.	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU 2 NON 3 NE SAIT PAS..... 8	
REFERENCE			
131	Est-ce que le prestataire vous a demandé d'amener [NOM] auprès d'un prestataire de santé ou dans un laboratoire pour un prélèvement au doigt ou au talon?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134
132	Avez-vous amené [NOM] auprès d'un prestataire de santé ou dans un laboratoire pour un prélèvement au doigt ou au talon?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134
133	Vous a-t-on donné les résultats des tests faits?	OUI..... 1 NON..... 2	
134	Est-ce que le prestataire vous a dit d'aller à une autre structure sanitaire, chez un autre prestataire, ou pour un test en laboratoire pour davantage de soins pour votre enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 136
135		OUI NON NSP	
01	Est-ce qu'on vous a donné un papier ou une note pour cette référence ?	1 2 8	
02	Est-ce qu'on vous a dit où aller pour la référence ?	1 2 8	
03	Est-ce qu'on vous a dit qui voir pour la référence ?	1 2 8	
04	Est-ce qu'on vous a dit pourquoi vous devez aller pour la référence ?	1 2 8	
05	Avez-vous l'intention d'y aller	1 2 8	
136	Avez-vous vu un autre prestataire de santé ou un guérisseur traditionnel avant de venir ici ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE.	OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS CETTE STRUCTURE A OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS UNE AUTRE STRUCTURE..... B OUI, GUERISSEUR TRADITIO..... C NON..... Y	

2. Satisfaction de l'accompagnateur

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																																																																	
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services consultation de l'Enfant Malade.</p>																																																																				
201	Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivé à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NSP998																																																																		
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clients rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4">PAS DE PROB- LEME NSP</th> </tr> <tr> <th></th> <th>GRAND</th> <th>PETIT</th> <th>LEME</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 Le temps d'attente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>02 La Capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant la maladie de l'enfant avec le prestataire</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>03 La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de n'importe quel problème ou traitement.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>04 L'intimité par rapport à d'autres qui voient L'enfant en train d'être examinée.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>06 La disponibilité des médicaments ou des produits pour la prise en charge de l'enfant malade dans l'établissement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>07 Les heures de service dans cet établissement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>08 Le nombre de jours de fonctionnement par semaine.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>09 La propreté de l'établissement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>10 Le comportement du personnel à votre egard.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>11 Le coût des services ou du traitement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>				PAS DE PROB- LEME NSP					GRAND	PETIT	LEME	NSP	01 Le temps d'attente	1	2	3	8	02 La Capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant la maladie de l'enfant avec le prestataire	1	2	3	8	03 La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de n'importe quel problème ou traitement.	1	2	3	8	04 L'intimité par rapport à d'autres qui voient L'enfant en train d'être examinée.	1	2	3	8	05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.	1	2	3	8	06 La disponibilité des médicaments ou des produits pour la prise en charge de l'enfant malade dans l'établissement	1	2	3	8	07 Les heures de service dans cet établissement	1	2	3	8	08 Le nombre de jours de fonctionnement par semaine.	1	2	3	8	09 La propreté de l'établissement	1	2	3	8	10 Le comportement du personnel à votre egard.	1	2	3	8	11 Le coût des services ou du traitement	1	2	3	8
	PAS DE PROB- LEME NSP																																																																			
	GRAND	PETIT	LEME	NSP																																																																
01 Le temps d'attente	1	2	3	8																																																																
02 La Capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant la maladie de l'enfant avec le prestataire	1	2	3	8																																																																
03 La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de n'importe quel problème ou traitement.	1	2	3	8																																																																
04 L'intimité par rapport à d'autres qui voient L'enfant en train d'être examinée.	1	2	3	8																																																																
05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.	1	2	3	8																																																																
06 La disponibilité des médicaments ou des produits pour la prise en charge de l'enfant malade dans l'établissement	1	2	3	8																																																																
07 Les heures de service dans cet établissement	1	2	3	8																																																																
08 Le nombre de jours de fonctionnement par semaine.	1	2	3	8																																																																
09 La propreté de l'établissement	1	2	3	8																																																																
10 Le comportement du personnel à votre egard.	1	2	3	8																																																																
11 Le coût des services ou du traitement	1	2	3	8																																																																
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous une partie ou la totalité des services que vous recevez dans cet établissement ou tout autre établissement?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8																																																																		
204	Vous a-t-on demandé de payer, ou avez-vous payé une certaine somme pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI. 1 NON 2	→ 206																																																																	

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que l'enfant a reçus dans cet établissement aujourd'hui ?	SOMME <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> TOTALE NSP 999998							
206	Est-ce que cette structure est l'établissement de santé le plus proche de chez vous ?	OUI. 1 NON 2 NSP..... 8	→ 208 → 208						
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allé à l'établissement le plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDER POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	LES HEURES D'OPERATION INCONVENIENTES 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER DANS L'ANONYMAT 05 C'EST PLUS CHER 06 ETE REFERRE 07 AUTRE..... 96 NSP 98							
208	En general, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services recus ou fournis dans cette structure aujourd'hui. LIRE TOUTES LES AFFIRMATIONS, ET EN CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 3								
209	Pouvez-vous recommander cette structure de santé à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI. 1 NON 2 NSP..... 8							

3. Caractéristiques Personnelles de l'accompagnateur

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.			
301	Quel est votre lien de parenté avec [NOM]?	MERE 1 PERE 2 FRERE/SŒUR.....3 TANTE OU ONCLE.....4 GRAND-MERE/GRAND-PERE 5 AUTRE 6 (SPECIFIER)	
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP. 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint?	PRIMAIRE. 1 POST-PRIMAIRE/VOCATIONEL. 2 SECONDAIRE. 3 SUPERIEUR. . . 4 UNIVERSITAIRE. 5	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE .. 1 OUI, LIRE SEULEMENT 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !			
Commentaires de l'enquêteur: 			

LISTE DU PERSONNEL

CODE STRUCTURE

CODE ENQUETEUR

LISTEZ TOUS LES PERSONNELS DE SANTE / PRESTATAIRES PRESENTS AUJOURD'HUI DANS LA STRUCTURE. COMPILEZ CETTE LISTE AU FUR ET A MESURE QUE L'EQUIPE SE DEPLACE D'UN SERVICE OU DEPARTEMENT A UN AUTRE OBTENANT LES INFORMATIONS SUR LES SERVICES QUE CETTE STRUCTURE FOURNIS OU POULESQUELS LES SECTIONS D'INVENTAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE REMPLIS. ET/OU POUR LESQUELS LES OBSERVATIONS CLIENT-PRESTATAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE COMPLETEES. INSCRIRE LE CODE DE QUALIFICATION (PROFIL) DU PRESTATAIRE DE SANTE DANS LA COLONNE APPROPRIEE. AUSSI MARQUEZ DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDIQUER LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDIQUER SI LE PRESTATAIRE A ETE INTERVIEWE POUR UNE SECTION QUELCONQUE DE L'INVENTAIRE, ET/OU SI LE PRESTATAIRE A ETE CHOISI ET INTERVIEWE AVEC LE QUESTIONNAIRE INTERVIEW DU PRESTATAIRE.

NUMERO SERIAL PRESTATAIRE	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIAUX	CODE ET QUALIF'N PRESTATAIRE	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE											INTERVIEWE					
			PRESCRIT TAR	COUNSELING ET TEST DU VIH	DIAGNOSTIC/TRAITEMENT					CPN	PTME TCV	ACCOUCHEMENT	PLANING FAMILIA	SANTÉ INFANTILE	PETITE CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE	
					RELATIF AU VIH/SIDA	PALUDISME	TB	IST	MALADIES NON TRANSMISSIB LES										
01																		OUI	OUI
02																			inventaire individuel
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
01	MEDECIN GENERALISTE			10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE										19	ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE			
02	CHIRURGIEN GENERALISTE			11	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE										20	BIOLOGISTE			
03	MEDECIN SPECIALISTE			12	TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTAMOLOGIE										21	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE			
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE			13	TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE										22	MATRONE			
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE			14	INFRMIER(E)										23	RELAIS			
06	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE			15	ASSISTANT INFIRMIER										24	AUTRES AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE			
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION			16	SAGE-FEMME										96	AUTRE _____			
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGERIE MEDICALE			17	PHARMACIEN														
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE			18	TECHNICIEN DE PHARMACIE														

LISTE DU PERSONNEL

CODE STRUCTURE

CODE ENQUETEUR

LISTEZ TOUS LES PERSONNELS DE SANTE / PRESTATAIRES PRESENTS AUJOURD'HUI DANS LA STRUCTURE. COMPILEZ CETTE LISTE AU FUR ET A MESURE QUE L'EQUIPE SE DEPLACE D'UN SERVICE OU DEPARTEMENT A UN AUTRE OBTENANT LES INFORMATIONS SUR LES SERVICES QUE CETTE STRUCTURE FOURNIS OU POULESQUELS LES SECTIONS D'INVENTAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE REMPLIS, ET/OU POUR LESQUELS LES OBSERVATIONS CLIENT-PRESTATAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE COMPLETEES. INSCRIRE LE CODE DE QUALIFICATION (PROFIL) DU PRESTATAIRE DE SANTE DANS LA COLONNE APPROPRIEE. AUSSI MARQUEZ DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDiquer LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDiquer SI LE PRESTATAIRE A ETE INTERVIEWE POUR UNE SECTION QUELCONQUE DE L'INVENTAIRE, ET/OU SI LE PRESTATAIRE A ETE CHOISI ET INTERVIEWE AVEC LE QUESTIONNAIRE

NUMERO SERIAL PRESTATAIRE	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIAUX	CODE ET QUALIF'N PRESTATAIRE	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE										INTERVIEWE				
			PRESCRIT TAR	COUNSELING ET TEST DU VIH	DIAGNOSTIC/TRAITEMENT				CPN	PTME TCV	ACCOCHEMENT	PLANING FAMILIA	SANTÉ INFANTILE	PETITE CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE OUI OUI inventaire individuel
					RELATIF AU VIH/SIDA	PALUDISME	Tb	IST	MALADIES NON TRANSMISSIB LES								
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	
32																	
33																	
34																	
35																	
01	MEDECIN GENERALISTE			10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE								19	ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE			
02	CHIRURGIEN GENERALISTE			11	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE								20	BIOLOGISTE			
03	MEDECIN SPECIALISTE			12	TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTALMOLOGIE								21	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE			
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE			13	TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE								22	MATRONE			
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE			14	INFRMIER(E)								23	RELAIS			
06	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE			15	ASSISTANT INFIRMIER								24	AUTRES AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE			
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION			16	SAGE-FEMME								96	AUTRE			
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGERIE MEDICALE			17	PHARMACIEN												
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE			18	TECHNICIEN DE PHARMACIE												

LISTE DU PERSONNEL

CODE STRUCTURE

CODE ENQUETEUR

LISTEZ TOUS LES PERSONNELS DE SANTE / PRESTATAIRES PRESENTS AUJOURD'HUI DANS LA STRUCTURE. COMPILEZ CETTE LISTE AU FUR ET A MESURE QUE L'EQUIPE SE DEPLACE D'UN SERVICE OU DEPARTEMENT A UN AUTRE OBTENANT LES INFORMATIONS SUR LES SERVICES QUE CETTE STRUCTURE FOURNIS OU POULESQUELS LES SECTIONS D'INVENTAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE REMPLIS. ET/OU POUR LESQUELS LES OBSERVATIONS CLIENT-PRESTATAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE COMPLETEES. INSCRIRE LE CODE DE QUALIFICATION (PROFIL) DU PRESTATAIRE DE SANTE DANS LA COLONNE APPROPRIEE. AUSSI MARQUEZ DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDIQUER LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDIQUER SI LE PRESTATAIRE A ETE INTERVIEWE POUR UNE SECTION QUELCONQUE DE L'INVENTAIRE, ET/OU SI LE PRESTATAIRE A ETE CHOISI ET INTERVIEWE AVEC LE QUESTIONNAIRE INTERVIEW DU PRESTATAIRE.

NUMERO SERIAL PRESTATAIRE	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIAUX	CODE ET QUALIF.N PRESTATAIRE	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE											INTERVIEWE					
			PRESCRIT TAR	COUNSELING ET TEST DU VIH	DIAGNOSTIC/TRAITEMENT					CPN	PTME TCV	ACCOUCHEMENT	PLANING FAMILIAL	SANTÉ INFANTILE	PETITE CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE	
					RELATIF AU VIH/SIDA	PALUDISME	TB	IST	MALADIES NON TRANSMISSIB LES										OUI
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			
49																			
50																			
51																			
52																			
53																			
54																			
55																			
01	MEDECIN GENERALISTE			10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE									19	ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE				
02	CHIRURGIEN GENERALISTE			11	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE									20	BIOLOGISTE				
03	MEDECIN SPECIALISTE			12	TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPTAMOLOGIE									21	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE				
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE			13	TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE									22	MATRONE				
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE			14	INFRMIER(E)									23	RELAIS				
06	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE			15	ASSISTANT INFIRMIER									24	AUTRES AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE				
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION			16	SAGE-FEMME									96	AUTRE				
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGERIE MEDICALE			17	PHARMACIEN														
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE			18	TECHNICIEN DE PHARMACIE														

LISTE DU PERSONNEL

CODE STRUCTURE

CODE ENQUETEUR

LISTEZ TOUS LES PERSONNELS DE SANTE / PRESTATAIRES PRESENTS AUJOURD'HUI DANS LA STRUCTURE. COMPILEZ CETTE LISTE AU FUR ET A MESURE QUE L'EQUIPE SE DEPLACE D'UN SERVICE OU DEPARTEMENT A UN AUTRE OBTENANT LES INFORMATIONS SUR LES SERVICES QUE CETTE STRUCTURE FOURNIS OU POULESQUELS LES SECTIONS D'INVENTAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE REMPLIS. ET/OU POUR LESQUELS LES OBSERVATIONS CLIENT-PRESTATAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE COMPLETEES. INSCRIRE LE CODE DE QUALIFICATION (PROFIL) DU PRESTATAIRE DE SANTE DANS LA COLONNE APPROPRIEE. AUSSI MARQUEZ DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDIQUER LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDIQUER SI LE PRESTATAIRE A ETE INTERVIEWE POUR UNE SECTION QUELCONQUE DE L'INVENTAIRE, ET/OU SI LE PRESTATAIRE A ETE CHOISI ET INTERVIEWE AVEC LE QUESTIONNAIRE

NUMERO SERIAL PRESTATAIRE	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIAUX	CODE ET QUALIF'N PRESTATAIRE	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE											INTERVIEWE						
			PRESCRIT TAR	COUNSELING ET TEST DU VIH	DIAGNOSTIC/TRAITEMENT					CPN	PTME TCV	ACCOUCHEMENT	PLANING FAMILIAL	SANTÉ INFANTILE	PETITE CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE	OUI	
					RELATIF AU VIH/SIDA	PALUDISME	TB	IST	MALADIES NON TRANSMISSIB LES										OUI	OUI inventaire individuel
56																				
57																				
58																				
59																				
60																				
61																				
62																				
63																				
64																				
65																				
66																				
67																				
68																				
69																				
70																				
71																				
72																				
73																				
74																				
75																				

- 01

MEDECIN GENERALISTE
- 02

CHIRURGIEN GENERALISTE
- 03

MEDECIN SPECIALISTE
- 04

TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE
- 05

TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE
- 06

TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE
- 07

TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION
- 08

TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGERIE MEDICALE
- 09

TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE
- 10

TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE
- 11

TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE
- 12

TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTALMOLOGIE
- 13

TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE
- 14

INFRMIER(E)
- 15

ASSISTANT INFIRMIER
- 16

SAGE-FEMME
- 17

PHARMACIEN
- 18

TECHNICIEN DE PHARMACIE
- 19

ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE
- 20

BIOLOGISTE
- 21

ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE
- 22

MATRONE
- 23

RELAIS
- 24

AUTRES AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
- 96

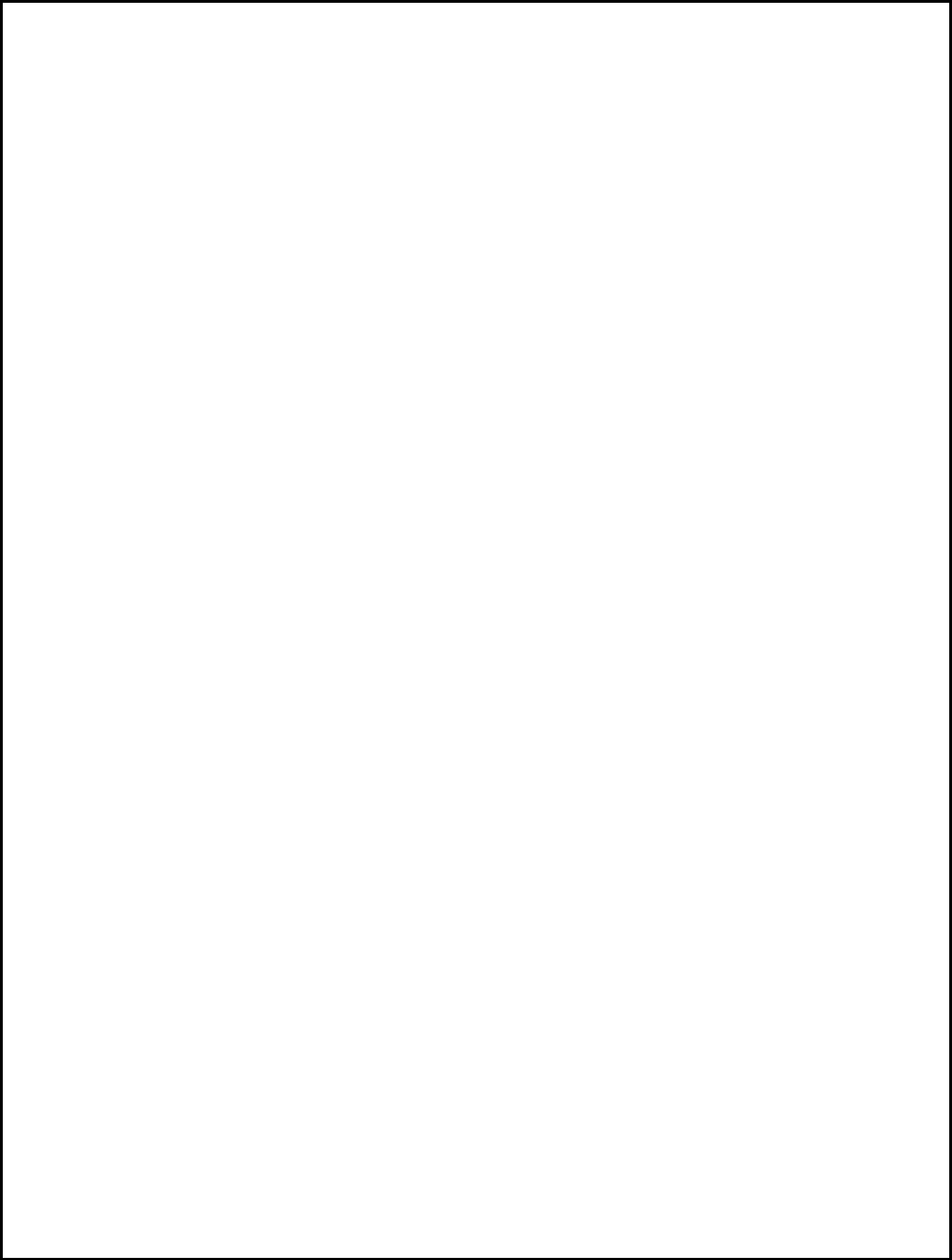
AUTRE

MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

DRAFT DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INVENTAIRE POUR CASE DE SANTE



IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTÉ

001	NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE _____						
002	LOCALISATION DE LA STRUCTURE (COMMUNE/COMMUNAUTE RURALE) _____						
003	REGION/PROVINCE	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>					
004	DISTRICT SANITAIRE	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>					
005	CODE DE LA STRUCTURE	<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>					
006	TYPE STRUCTURE SANITAIRE						
	HÔPITAL	01					
	CENTRE DE SANTE	02					
	POSTE DE SANTE	03					
	CASE DE SANTE	04					
007	STATUT DE LA STRUCTURE SANITAIRE (Polirisant: responsabe de la case)						
	PUBLIQUE	1					
	ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF	2					
	PRIVE	3					
	PRIVE CONFESIONNEL	4					
008	URBAIN/RURAL						
	URBAIN	1					
	RURAL	2					

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)							
	1	2	3	VISITE FINALE			
DATE				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> JOUR MOIS ANNEE </div> <table border="1" style="width: 40px; height: 40px;"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table> </div>			
NOM DE L'ENQUETEUR				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>CODE ENQUÊTEUR</div> <table border="1" style="width: 40px; height: 40px;"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table> </div>			
RESULTAT				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>RESULTAT</div> <table border="1" style="width: 40px; height: 40px;"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table> </div>			

CODES RESULTAT (VISITE FINALE):

1 : REMPLI POUR LA STRUCTURE

2 : REpondant NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE

3 : DIFFERE

4 : REFUS DE LA STRUCTURE

5 : PARTIELLEMENT REMPLI

6 : AUTRE _____

(SPECIFIER)

NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS SELECTIONNEES DANS LES REGISTRES DERNIER 30 JOURS		
NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>	
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS DE SUIVI PROMOTION DE L'ENFANT	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>	
NOMBRE TOTAL CONSULTATIONS EN PF.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>	
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS ENFANTS MALADES.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>	
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS DE SUIVI POST NATAL.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>	

COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

POSITIONNER LE GPS

- POSITIONNER LES DONNEES SUR LA LATITUDE ET LA LONGITUDE
- POSITIONNER EN DEGRE DECIMAL
- POSITIONNER LES DONNEES SUR WGS84

SE POSITIONNER A L'ENTREE DE LA STRUCTURE SANITAIRE EN AYANT UNE VUE DEGAGEE DU CIEL

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 7 ALLER AU MENU PRINCIPAL, SELECTIONNER "WAYPOINT LIST" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 8 SELECTIONNER VOTRE WAYPOINT
- 9 COPIER LES INFORMATIONS A PARTIR DE LA PAGE WAYPOINT
- 10 PRENDRE L'ALTITUDE

ASSUREZ-VOUS DE COPIER LE NOM DU WAYPOINT A PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DU WAYPOINT POUR VE
QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE SUR LE WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)	NOM WAYPOINT <input type="text"/>
011 HAUTEUR	HAUTEUR <input type="text"/>
012 LATITUDE	N/S a
	DEGRES/DECIM b <input type="text"/> - c <input type="text"/>
013 LONGITUDE	E/O a
	DEGREES/DECIM b <input type="text"/> c <input type="text"/>

CONSENTEMENT

IDENTIFIER LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE DE SANTE OU L'AGENT DE SANTE EN CHARGE DES SERVICES ET AYANT LE GRADE LE PLUS ELEVE QUI EST PRESENT DANS LA STRUCTURE.
LIRE LA PRESENTATION SUIVANTE:

Bonjour! Mon nom est _____. Je représente le ministère de la santé et l'agence nationale des statistiques. Nous menons une étude sur les structures de santé, pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations de services de santé au Sénégal.

Je vais vous lire maintenant une déclaration expliquant l'étude.

Votre structure de santé a été sélectionnée pour faire partie de cette étude. Nous vous poserons des questions sur divers services de santé. Les informations collectées dans votre structure pourront être utilisées par le Ministère de Santé, les institutions qui soutiennent les services de santé de votre structure, et les chercheurs, pour améliorer l'offre de services de santé ou pour mener des études plus poussées sur ces mêmes services.

Ni votre nom, ni celui de tout autre prestataire de santé qui participera à cette étude ne figurera dans la base de données ou dans un quelconque rapport ; cependant, il y a un faible risque qu'un des répondants puisse être identifié par la suite. Nous sollicitons tout de même votre aide pour collecter les informations.

Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question ou d'interrompre l'interview à tout moment. Cependant nous espérons que vous répondrez aux questions, ce sera un bénéfice pour les services que vous dispensez et pour le pays.

S'il y a des questions pour lesquelles une autre personne est plus indiquée pour donner l'information, nous vous serions reconnaissants de nous mettre en contact avec cette personne afin de nous aider à collecter cette information.

Avez-vous des questions sur l'étude? Est-ce que je peux commencer l'interview?

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

				2	0	1	
JOUR				MOIS		ANNEE	

100	Puis-je commencer l'interview?	OUI 1 NON 2	→ ARRET
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; font-size: 1.2em; vertical-align: middle;">:</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
		HEURES MINUTES	

EXPLIQUEZ A L'INTERVIEWE(E) DES LE DEBUT DE L'INTERVIEW QU'IL Y AURA DES QUESTIONS SUR LES REUNIONS DE GESTION ET SUR DES ACTIVITES REALISEES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. EXPLIQUEZ AUSSI QUE VOUS AUREZ BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE REUNIONS ET ACTIVITES. ET QU'IL SERA IMPORTANT DE CONSULTER TOUS LES RAPPORTS DES REUNIONS ET DES ACTIVITES. SOLICITEZ LES RAPPORTS S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE SUR LIEU DE L'INTERVIEW.

EXPLIQUEZ AUSSI QU'IL Y AURA UNE SECTION SUR LES STATISTIQUES DE SANTE (NOMBRE DES VISITES AMBULANTS ET DES HOSPITALISATIONS) POUR LE MOIS PASSE QUI EST COMPLET. IL SERA UTILE DE RASSEMBLER TOUTES CES INFORMATIONS. S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE AU LIEU D'INTERVIEW

ATTENTION!!!!

REMERCEZ L'INTERVIEWE(E) A LA FIN DE CHAQUE SECTION OU SOUS SECTION AVANT DE CONTINUER AU POINT SUIVANT

MODULE 1: INFORMATIONS GENERALES - DISPONIBILITE DES SERVICES

SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES

(la case peut servir de point de prestation pour la stratégie fixe, avancée et mobile selon le type d'intervention)

102	Est-ce que votre structure fournit les services de santé suivants? En d'autres termes est-ce qu'il y a un endroit où les patients peuvent recevoir les services suivants: Services de santé peuvent être offerts par stratégie fixe ou avancée ou mobile	OUI	NON	FAIT
01	Services de vaccination infantile, soit dans la structure ou dans la communauté (stratégies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
02	Services de suivi de la croissance, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
03	Services de soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
04	Un quelconque service de planning familial, - y compris méthodes modernes, les méthodes basées sur la connaissance de la période de fertilité (méthode naturelle), la stérilisation chirurgicale féminine ou masculine	1	2	<input type="checkbox"/>
05	Services de Consultations Périnatales (CPN) (stratégies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
06	Services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) (Stratégies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
07	Services pour accouchement normal et/ou soins du nouveau-né	1	2	<input type="checkbox"/>
08	Services pour le diagnostic ou le traitement du paludisme	1	2	<input type="checkbox"/>
09	Services pour le diagnostic ou le traitement des IST, en dehors du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
10	Services de Suivi communautaire de la TBC	1	2	<input type="checkbox"/>
11	Services de counseling et de dépistage du VIH (Stratégie avancée)	1	2	<input type="checkbox"/>

SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI.1 NON 2	→ 112
111	Est-ce que cette structure dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI.1 NON 2	→ 210
112	De combien de lits dispose au total cette structure pour l'observation ou pour l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	# DE LITS D'OBSERVATION/ D'HOSPITALISATION NSP998	

SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

STOCKAGES DES MEDICAMENTS

210	Est-ce que cette structure dispose de stocks des médicaments ou des produits contraceptifs? SONDER	OUI. 1 NON. 2	→ 300
211	VERIFIEZ Q102.04 FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/>	→ 213
212	Est ce que les produits contraceptifs sont stockés dans le service de PF ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE PF 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 PRODUITS/PF NON STOCKES 3	
213	VERIFIEZ Q102.10 FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	→ 300
214	Est ce que les médicaments pour le traitement de la tuberculose sont stockés dans le service de tuberculose ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 ANTI-TBC NON STOCKES 3	

MODULE 2: DISPONIBILITE DU SERVICE GENERAL

SECTION 3: DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24 - INFRASTRUCTURE - SUPERVISION EXTERNE - FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24

300	Est-ce qu'il y a un prestataire de santé (acteur communautaire) qui est présent dans la structure de santé tout le temps, ou qui est à la disposition de la structure sur appel tout le temps (24H/24H) pour prendre en charge les urgences?	OUI, PRESTATAIRE 24H/24. 1 NON, PAS DE PRESTATAIRE 24H/24. ... 2	→ 310
301	Est-ce qu'il y a un système de permanence du personnel, une feuille de garde avec les permanences du personnel qui couvre 24H?	OUI 1 NON 2	
COMMUNICATION			
310	Est-ce que cette structure a une ligne téléphonique fixe qui permet d'appeler durant tout le temps où les services sont offerts ? PRECISER QUE SI LA STRUCTURE OFFRE DES SERVICES 24/24 POUR LES URGENCES, CELA SIGNIFIE AUSSI UNE DISPONIBILITE DU TELEPHONE 24/24.	OUI. 1 NON 2	→ 313
311	Puis-je voir le téléphone fixe?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
312	Est-ce que Le téléphone est fonctionnel ? VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPOREE	OUI. 1 NON 2	→ 319
313	Est-ce que la structure dispose d'un téléphone portable ou un telephone portable personnel pris en charge par la structure ?	OUI. 1 NON 2	→ 316
314	Puis-je voir le téléphone portable de la structure ou le telephone portable personnel pris en charge par la structure VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPOREE	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
315	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPOREE	OUI. 1 NON 2	→ 319
316	Est-ce que cette structure dispose d'un émetteur-radio à ondes courtes pour les appels radio?	OUI. 1 NON 2	→ 319
317	Puis-je voir l'émetteur-radio à ondes courtes?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
318	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPOREE	OUI. 1 NON 2	
319	Est-ce que cette structure dispose d'un ordinateur ?	OUI. 1 NON 2	→ 330
320	Puis-je voir l'ordinateur?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
321	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPOREE	OUI. 1 NON 2	
322	Est-ce qu'il est possible d'avoir la connexion internet au sein de la structure à travers un ordinateur ou un téléphone portable? ACCEPTER LA REPONSE RAPPOREE.	OUI. 1 NON 2	→ 330
323	Durant les jours où les services sont offerts, est-ce que la connexion internet est systématiquement disponible pendant au moins 2 heures ? ACCEPTER LA REPONSE RAPPOREE.	OUI. 1 NON 2	

SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

330	<p>Quelle est actuellement la source habituelle d'approvisionnement en eau pour la structure?</p> <p>OBSERVER SI L'EAU EST DISPONIBLE A PARTIR DE LA SOURCE OU BIEN DANS LA STRUCTURE, LE JOUR DE LA VISITE. PAR EXEMPLE</p> <p>VERIFIER QUE LE ROBINET EST FONCTIONNEL</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ROBINET DANS LE BATIMENT</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>ROBINET DANS LA COUR</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>BORNE FONTAINE PUBLIC</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>PUITS-CITERNE/FORAGE</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>PUITS PROTEGE</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>PUITS NON PROTEGE</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>SOURCE PROTEGEE</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>SOURCE NON PROTEGEE</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>EAU DE PLUIES</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td>EAU EN BOUTEILLE</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>CHARRETTE AVEC RESERVOIR/FI</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>CAMION CITERNE/TANKER</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG)</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>AUTRE (A SPECIFIER)</td><td style="text-align: right;">96</td></tr> <tr><td>NSP</td><td style="text-align: right;">98</td></tr> <tr><td>PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>	ROBINET DANS LE BATIMENT	01	ROBINET DANS LA COUR	02	BORNE FONTAINE PUBLIC	03	PUITS-CITERNE/FORAGE	04	PUITS PROTEGE	05	PUITS NON PROTEGE	06	SOURCE PROTEGEE	07	SOURCE NON PROTEGEE	08	EAU DE PLUIES	09	EAU EN BOUTEILLE	10	CHARRETTE AVEC RESERVOIR/FI	11	CAMION CITERNE/TANKER	12	EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG)	13	AUTRE (A SPECIFIER)	96	NSP	98	PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU	00	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">↓</div> <div>332</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 100px;"> <div style="margin-right: 5px;">↓</div> <div>332</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 5px;">→</div> <div>332</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 5px;">→</div> <div>340</div> </div>
ROBINET DANS LE BATIMENT	01																																		
ROBINET DANS LA COUR	02																																		
BORNE FONTAINE PUBLIC	03																																		
PUITS-CITERNE/FORAGE	04																																		
PUITS PROTEGE	05																																		
PUITS NON PROTEGE	06																																		
SOURCE PROTEGEE	07																																		
SOURCE NON PROTEGEE	08																																		
EAU DE PLUIES	09																																		
EAU EN BOUTEILLE	10																																		
CHARRETTE AVEC RESERVOIR/FI	11																																		
CAMION CITERNE/TANKER	12																																		
EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG)	13																																		
AUTRE (A SPECIFIER)	96																																		
NSP	98																																		
PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU	00																																		
331	<p>Est-ce que l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible au sein de la structure même, à 500 mètres, ou au delà de 500 mètres de la structure?</p> <p>UNE REPONSE RAPPORTEE EST ACCEPTABLE</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>AU SEIN DE LA STRUCTURE</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>A 500M DE LA STRUCTURE</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </table>	AU SEIN DE LA STRUCTURE	1	A 500M DE LA STRUCTURE	2	AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE	3																											
AU SEIN DE LA STRUCTURE	1																																		
A 500M DE LA STRUCTURE	2																																		
AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE	3																																		
332	<p>Est-ce qu'il y a d'habitude une période de l'année où il y a une sévère pénurie ou un manque d'eau dans la structure?</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p>																																	

APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

340	<p>Est-ce que cette structure est connectée à l'électricité centrale?</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p> <p>NSP. 8</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">↓</div> <div>342</div> </div>
341	<p>Au cours des 7 derniers jours, est-ce qu'il y avait de l'électricité (en dehors du générateur de secours) au moment où les services étaient offerts, ou bien y a-t-il eu à un moment une coupure d'électricité pendant plus de deux heures?</p> <p>CONSIDERER QUE L'ELECTRICITE EST TOUJOURS DISPONIBLE S'IL Y A EU A UN MOMENT UNE COUPURE DE MOINS DE 2 HEURES.</p>	<p>TOUJOURS DISPONIBLE. 1</p> <p>COUPURES PARFOIS > 2HR. 2</p> <p>NSP. 8</p>	
342	<p>Est-ce que cette structure dispose d'autres sources d'approvisionnement en électricité, comme un générateur ou un système solaire?</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p>	→ 344
343	<p>Quelle autre source d'électricité possède cette structure?</p> <p>SONDER ET ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>	<p>GENERATEUR AVEC CARBURANT. A</p> <p>GENERATEUR AVEC BATTERIE. B</p> <p>SYSTÈME SOLAIRE. C</p>	
344	<p>VERIFIEZ Q343</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>GENERATEUR UTILISE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE)</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div>	<p>GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" ENCERCLE)</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div>	→ 350
345	<p>Es-ce que le générateur est fonctionnel?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REpondant BIEN INFORME.</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p> <p>NSP. 8</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">↓</div> <div>350</div> </div>
346	<p>Est-ce qu'il y a aujourd'hui du carburant (ou une batterie chargée) disponible pour le générateur?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REpondant BIEN INFORME.</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p> <p>NSP. 8</p>	

SUPERVISION EXTERNE

350	Est-ce que cette structure a reçu une visite de supervision, venant par exemple du poste de sante , de l'ONG, du district, du niveau régional ou national?	OUI. 1 NON 2	→ 360
351	A quand remonte la dernière visite de supervision externe dans la structure? Est-ce au cours des 6 derniers mois ou bien il y a plus de 6 mois?	AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ... 1 IL Y A PLUS DE 6 MOIS..... 2	→ 360
352	La dernière fois qu'un superviseur a visité la structure au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'il/elle a fait l'une des choses suivantes :	OUI NON NSP	
01	Utiliser une liste de contrôle pour évaluer la qualité des données sanitaires disponibles?	1 2 8	
02	Discuter de la performance de la structure en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1 2 8	
03	Aider la structure à prendre une décision en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1 2 8	

FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement (les soins) pour accéder aux services?	OUI 1 NON 2	→ 370
361	Est-ce que la structure a établi un tarif fixe qui couvre toutes les prestations qu'un patient reçoit, ou est-ce qu'il y a des tarifs séparés pour les différents éléments des services fournis par la structure? SONDER.	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SER 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE E 2	→ 363
362	Est-ce que la structure a établi des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE A HAUTE VOIX CHAQUE CATEGORIE DE REPONSE ET ENCERCLER LA REPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI NON	
01	CARNET DE SANTE	1 2	
02	INSCRIPTION / CARTE D'ENREGISTREMENT	1 2	
03	CONSULTATION.	1 2	
04	MEDICAMENTS.	1 2	
05	VACCINS	1 2	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS.	1 2	
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX.	1 2	
08	SERINGUES ET AIGUILLES.	1 2	
363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI 1 NON. 2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés?	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHES: 1 OBSERVE ,CERTAINS, PAS TOUS LES T2	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette structure? ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE APPROPRIEE.	EXEMPTION/REDUCTION, GRATUIT. . . . A EXEMPTION/REDUCTION, PAIEMENT DIFFERE. B SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER C PAIEMENT EN NATURE. D AUTRE X	

SOURCES OF REVENUE

370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la structure a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 2012-2013. Si une autre personne est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE. [la liste sera adaptée au pays]	MINISTERE DE LA SANTE A AUTRES MINISTERES. B REGIME DE PROTECTION MEDICALE (ASSURANCE). C FONDS DE SECURITY SOCIALE D REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR P F ORGANISME DONATEUR/ONG. G CONFESIONNEL. H PROGRAMMES COMMUNAUAIRES. I AUTRE X	
-----	---	---	--

**SECTION 4: PERSONNELS- GESTION- OPINION DES PATIENTS- ASSURANCE QUALITE-
TRANSPORT-SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) ET STATISTIQUES DE SANTE**

LES PERSONNELS

400	Veuillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée dans cette structure. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne en tant infirmier (e) ou médecins) indépendamment des tâches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette établissement.		
		(a)	(b)
	CATEGORIES PROFESSIONNELLES	ENGAGE OU AFFECTE	TEMPS PARTIEL
01	AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE/ SECOURISTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
02	MATRONE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
03	RELAIS	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
04	DSDOM (DISTRIBUTEUR DES SOINS A DOMICILE)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
05	Bajenu gox	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
06	Membre du Comité de santé	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
07	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

REUNIONS DE GESTION

DIRE A L'INTERVIEWE QUE CETTE SOUS SECTION A BESOIN DE VERIFIER LES PROCES VERBAUX DES REUNIONS.
IL SERA ALORS UTILE SI LES RAPPORTS SONT RASSEMBLES AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

410	Est-ce qu'il y a habituellement des réunions de gestion de la structure? Réunion du comité de santé de la case?	OUI. 1 NON 2	→417
411	A quelle fréquence se tiennent ces réunions de gestion?	UNE FOIS PAR MOIS OU MOINS. 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. 4 NSP 8	↵ 417
412	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions de gestion ?	OUI. 1 NON 2	→417
413	Est ce je peux voir les procès verbaux de la réunion la plus récente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	→417
414	FEUILLETEZ LE PROCES VERBAL DE LA REUNION LA PLUS RECENTE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ET ENCERCLER LA LETTRE DE TOUT LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNÉS DANS LE RAPPORT.	QUALITY DES DONNEES DU SIS. A LA PLENITUDE DES RAPPORTS DU SIS. B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU SIS. C QUALITE DES SERVICES. D UTILISATION DES SERVICES. E DONNEES SUR LES MALADIES. F CONDITIONS DE TRAVAIL (PAR EX. SALAIRE, HORAIRES DE TRAVAIL). G FINANCES OU BUDGET. H AUTRE X AUCUN DES SUJETS CI-DESSUS. Y ARCHIVE NON DISPONIBLE. Z	↵ 417
415	Est-ce que la structure a pris une quelconque décision basée sur les discussions de la dernière réunion et qui sont mentionnées dans ce rapport ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	↵ 417
416	Est-ce que la structure a entrepris une quelconque action de suivi en rapport avec les décisions prises lors de la dernière réunion?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	
417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent <i>périodiquement</i> ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	↵ 430
418	A quelle fréquence les réunions périodiques entre le personnel de santé et membres de la communauté sont-elles tenues?	MENSUELLEMENT OU MOINS 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS 4 NSP 8	↵ 430
419	Est-ce que le proces verbal des réunions entre personnel de santé et membres de la communauté est conservé?	OUI. 1 NON 2	→430
420	Est ce je peux voir les procès verbaux de la réunion la plus récente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois?	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	

OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

430	Est-ce qu'il existe dans cette structure, un système pour déterminer les opinions des patients à propos de la structure elle-même ou de ses services?	OUI. 1 NON 2	→440
431	<p>Veuillez me dire les méthodes qui sont utilisées pour connaître les opinions des patients.</p> <p>ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ET SONDER: PAS D'AUTRES METHODES?</p>	BOITE A IDEES. A QUESTIONNAIRE. B GUIDE D'ENTRETIEN. C REUNION OFFICIELLE LEADERS COMMUNAUTAIRES. D DISCUSSION INFORMELLES AVEC PATIENTS OU COMMUNAUTE. E EMAIL. F SITE WEB DE LA STRUCTURE. G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNITE. H AUTRE X NSP. Z	→440
432	Est-ce qu'il y a une procédure d'examen ou de présentation des opinions des patients?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	→ 440
433	Puis-je voir le rapport ou le formulaire sur lequel les données ont été compilées ou la discussion rapportée.	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	

ASSURANCE QUALITE

DIRE AU REpondant QUE CETTE SOUS SECTION DEMANDERA DE REGARDER DANS LES DOCUMENTS DES ACTIVITES D'ASSURANCE QUALITE. IL SERA DONC UTILE DE REUNIR TOUS CES DOCUMENTS AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

440	Est-ce que cette structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	→450
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI. 1 NON 2	→450
442	<p>Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité?</p> <p>UN RAPPORT OU UN COMPTE-RENDU D'UNE REUNION D'ASSURANCE-QUALITE, UN CHECKLIST DE SUPERVISION, UN EXAMEN DE LA MORTALITE, UN AUDIT DES COMPTE-RENDU OU DES REGISTRES SONT TOUS ACCEPTABLES.</p>	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	

TRANSPORT DES URGENCES

450	Est-ce que cette structure dispose d'une ambulance fonctionnelle ou d'un véhicule quelconque, qui stationne dans la structure même, et qui part de là pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS. 1 OUI, PARFOIS 2 NON 3	→ 452
451	Puis-je voir l'ambulance ou le véhicule?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	→ 453
452	Est-ce que cette structure a accès à une ambulance fonctionnelle ou un véhicule quelconque, qui est stationné ou qui part d'une autre structure sanitaire, pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS. 1 OUI, PARFOIS 2 NON 3	→ 460
453	Est-ce qu'il y a du carburant disponible aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REpondant INFORME	OUI. 1 NON. 2 NSP. 8	

SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSABLE DU SYSTEME DE L'INFORMATION SANITAIRE DANS CETTE STRUCTURE.
PRESENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires?	OUI. 1 NON. 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation de rapports contenant des informations sanitaires?	OUI. 1 NON. 2	→464
462	A quelle fréquence ces rapports sont compilés?	AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS 1 TOUS LES 2-3 MOIS. 2 TOUS LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. 4	
463	Puis-je voir une copie du rapport le plus récent?	RAPPORT OBSERVE. 1 RAPPORTE, RAPPORT NON VU 2	
464	Est-ce qu'il y a dans cette structure, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI. 1 NON. 2	→470
465	Qui est cette personne? INSISTEZ	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SGIS. 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE. 2 AUTRE PRESTATAIRE. 3	

STATISTIQUES SANITAIRES

DIRE A L'INTERVIEWE QUE DANS CETTE SOUS SECTION, ON DOIT REUNIR CERTAINES STATISTIQUES
DE LA STRUCTURE SI CETTE INFORMATION N'EST PAS DISPONIBLE AU LIEU DE L'INTERVIEW.

470	VERIFIEZ Q110 FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> PAS DE FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> SERVICES D'HOSPITALISATION SERVICES D'HOSPITALISATION	→ 472	
471	Combien de sorties de malades y a-t-il eu durant le dernier mois calendaire [1 MOIS], pour tous les cas, aussi bien chez les adultes que les enfants?	# DE SORTIES <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> NSP. 9998	
472	Combien de consultations ont été effectuées en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants?	# DE CONSULTATIONS <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> NSP. 9998	

SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

EMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE OU LE MATERIEL EST TRAITE/STERILISE POUR LA REUTILISATION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET COMMENCER L'INTERVIEW.

500	VERIFIEZ Q201 EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS SONT STERILISES DANS CETTE STRUCTURE? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> OUI (CODES 1 OU 2 ENCERCLES) <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> NON (CODE 3 ENCERCLE) <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> (CODES 1 OU 2 ENCERCLES) SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT </div>						
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA STRUCTURE ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous utilisez [METHODE] dans la structure ?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"						
	METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE		(B) FONCTIONNEL			
		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP
01	CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1 → b	2 → b	3 ↓ 2	1	2	8
02	SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 ↓ 3	1	2	8
03	N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3			
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA STRUCTURE, DEMANDER AU REpondant ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, ETC.						
		(1)		(2)			
		EBULLITION		DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE			
A	Méthode	UTILIS 1 PAS UTILISÉ..... 2 → 2		UTILIS 1 PAS UTILISÉ... 2 → 503			
B	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>		MINUTES <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>			
		NSP998		NSP..... 998			
C	Désinfectant chimique utilisé					ALCOOL 01 BETADINE 02 CHLORINE/EAU DE JAVEL 03 NSP..... 98	
503	Est-ce cette structure dispose des directives sur la decontamination et desinfection à haut niveau des équipements?	OUI 1 NON 2		→ SECTION SUIVANTE			
504	Puis je voir les directives sur la sterilisation finale des équipements? LES DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.	OBSERVEES..... 1 RAPPORTEES, PAS VUES..... 2					

SECTION 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSIBLE DE LA GESTION DES DECHETS DANS CETTE STRUCTURE.
 PRESENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

600	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des matériels tranchants, tels que les aiguilles ou les lames.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies de déchets d'objets tranchants) ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 09, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCELER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>COMBUSTION DANS INCINERATEUR :</p> <p>FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT</p> <p>SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04</p> <p>DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</p> <p>SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 06</p> <p>DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 07</p> <p>FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. 08</p> <p>SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE. 09</p> <p>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</p> <p>STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 10</p> <p>STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE. 11</p> <p>STOCKAGE NON PROTEGE. 12</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS 95</p>	
601	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets pour les déchets autres que les déchets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 09, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCELER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS</p> <p>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR:</p> <p>FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT</p> <p>SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04</p> <p>DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</p> <p>SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 06</p> <p>DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 07</p> <p>FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. 08</p> <p>SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE. 09</p> <p>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</p> <p>STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 10</p> <p>STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE. 11</p> <p>STOCKAGE NON PROTEGE. 12</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. 95</p>	
602	<p>VERIFIEZ Q600</p> <p>ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/></p> <p>OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE</p> <p>(TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCELER) (CODE "95" ENCELER)</p>		604
603	<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDiquer LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS TRANCHANTS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER LE SITE OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DU SITE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCELER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. 1</p> <p>DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2</p> <p>DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3</p> <p>DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p>	
604	<p>VERIFIEZ Q601.</p> <p>ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/></p> <p>OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE</p> <p>(TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCELER) (CODE "95" ENCELER)</p>		606
605	<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDiquer LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS MEDICAUX SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER LE SITE OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DU SITE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCELER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. 1</p> <p>DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2</p> <p>DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3</p> <p>DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p>	
606	<p>VERIFIEZ Q600 ET Q601</p> <p>UTILISATION D' INCINERATEUR <input type="checkbox"/> INCINERATEUR NON UTILISE <input type="checkbox"/></p> <p>(SOIT "2" OU "3" ENCELER) (NI "2" NI "3" ENCELER)</p>		610
607	<p>DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L' INCINERATEUR</p>	<p>INCINERATEUR OBSERVE. 1</p> <p>INCINERATEUR RAPPORTE, PAS VU. 2</p>	
608	<p>Est-ce que l'incinérateur est fonctionnel aujourd'hui?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REpondant INfORME</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	610
609	<p>Est-ce que le carburant est disponible aujourd'hui?</p> <p>ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
610	<p>Est-ce que les directives de gestion des déchets médicaux sont disponibles dans ce service ?</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON 2</p>	620
611	<p>Puis-je les voir ?</p>	<p>OBSERVEES. 1</p> <p>RAPPORTEES, PAS VUES 2</p>	

TOILETTE DES PATIENTS

620	Est-ce qu'il y a une toilette (latrine) dans des conditions fonctionnelles qui est disponible pour l'utilisation des patients en consultation externe ?	SI OUI DEMANDEZ DE VOIR LA TOILETTE DES PATIENTS INDIQUEZ LE TYPE. CELA DOIT ETRE LA TOILETTE DE LA STRUCTURE POUR LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE.	CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE	
			CHASSE D'EAU CONNECTÉE	
			À UN SYSTÈME D'ÉGOUT	11
			À UNE FOSSE SEPTIQUE	12
			À DES LATRINES	13
			À QUELQUE CHOSE D'AUTRE	14
			À NE SAIT PAS OÙ	15
			FOSSE/LATRINES	
			LATRINES AMÉLIORÉES	
			AUTO-AÉRÉES	21
			LATRINES AVEC DALLE	22
			LATRINESE SANS DALLE/TROU OUVERT	23
			TOILETTES À COMPOSTAGE	31
			SEAU/TINETTE	41
			TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES	51
			PAS DE TOILETTES/NATURE	61

SALLE D'ATTENTE

A CE STADE, DITES A VOTRE REpondant QUE VOUS VOUDRIEZ REGARDER QUELQUES MATERILES EY EQUIPEMENT UTILISES POUR LA FOURNITURE DE SERVICES AUX PATIENTS. VOUS VOUDRIEZ VOIR SI CES MATERIELS ET EQUIPMENTS SONT DISPOIBLE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE. SI VOUS N'ETES PAS DANS CE SERVICE, DEMANDEZ A Y ETRE CONDUIT.

MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

700	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le principal service et s'ils sont fonctionnels. DEMANDER A VOIR LE MATERIEL.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
02	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]/Salter	1→ b	2 →b	3	1	2	8
03	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 100g]/pèse Bébé	1→ b	2 →b	3	1	2	8
04	STADIOMETRE (OU TOISE) POUR MESURER LA TAILLE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
05	RUBAN A MESURER [POUR CIRCONFERENCE] Brassard pour Perimetre bracard	1	2	3			
06	THERMOMETRE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
07	STETHOSCOPE OBSTETRICAL	1→ b	2 →b	3	1	2	8
10	SOURCE D'ECLAIRAGE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1→ b	2 →b	3	1	2	8
11	PAIRE DE CISEAUX DROITS	1→ b	2 →b	3	1	2	8
12	PAIRE DE CISEAUX COURBES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
13	PAIRE DE PINCES AVEC GRIFFES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
14	PAIRE DE PINCES SANS GRIFFE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
15	POIRE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
16	HARICOTS	1→ b	2 →b	3	1	2	8
17	PLATEAUX RECTANGULAIRES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
18	RECHAUD A GAZ	1→ b	2 →b	3	1	2	8
19	LAMPE A GAZ	1→ b	2 →b	3	1	2	8
20	MINUTEUR	1→ b	2 →b	3	1	2	8
21	POISSONNIERE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
22	BOITES A INSTRUMENTS METALLIQUES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
23	BASSIN DE LIT	1→ b	2 →b	3	1	2	8
24	SEAUX POUBELLE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
25	BOUILLOIRES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
26	BASSINES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
27	REGISTRES GRAND FORMAT maternite	1	2	3			
28	REGISTRES GRAND FORMAT PF	1	2	3			
29	REGISTRES GRAND FORMAT IEC	1	2	3			
30	REGISTRES GRAND FORMAT CPC	1	2	3			
31	REGISTRES GRAND FORMAT SPC	1	2	3			
32	FICHES DE STOCK/Cahiers de stock	1	2	3			
33	materials de demonstration culinaires	1→ b	2 →b	3	1	2	8
34	PAIRES DE GANTS PROPRES	1	2	3			
35	BALAI	1→ b	2 →b	3	1	2	8
36	BROSSES A ONGLET	1→ b	2 →b	3	1	2	8

SALLE DE CONSULTATION

A CE STADE, DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LA SALLE OU L'ENDROIT, OU DANS LE PRINCIPAL SERVICE DE CONSULTATION. LA PLUS DES PRESTATIONS DE SERVICES SONT FOURNIES AU PATIENTS. OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATION FONT. INDiquer SI LES ELEMENTS SUIVANTS SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS.

710	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES POUR LES MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
711	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE.....1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITE VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITE..... 4		

LIEU D'ATTENTE

720	Est-ce qu'il y a un endroit d'attente pour les patients où ils <u>sont protégés contre le soleil et la pluie?</u> DEMANDEZ A VOIR LE LIEU D'ATTENTE. QUI DOIT ETRE LE LIEU D'ATTENTE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE	OUI NON	1 2	
-----	---	------------	--------	--

SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	VERIFIEZ Q102.17 FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>		PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION SUIVANTE OU AU LIEU DE SERVICE ←	
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL LABO OU L'ENDROIT OÙ ON FAIT LA PLUPART DES ANALYSES AVANT DE COMMENCER LA COLLECTE DE DONNEES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE OBJET D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATION SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS LA STRUCTURE ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.				
841	Est-ce qu'on fait ici des tests quelconque sur le PALUDISME, c'est-à-dire dans la structure?	OUI. 1 NON. 2	→851	
842	Est-ce que les TDR sont utilisés dans ce service pour diagnostiquer le paludisme?	OUI. 1 NON. 2	→851	
843	Puis-je voir un exemplaire du kit de TDR pour le Paludisme? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3		
844	OBSERVEZ ET DEMANDER LE TYPE OU LA MARQUE DE TDR DU PALUDISME SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF. 1 AUTRE _____ 2 PRECISER		
845	Est-ce que vous posséder d'un manuel de formation, un poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 851	
846	Puis-je voir le manuel de formation, le poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2		
851	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVE CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE	(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ HORS DE LA STRUCTURE OUI NON 1 b 2	(B) DOCUMENT DE RESULTATS DE TEST OBSERVÉ OUI NON 1 2	
03	Test du paludisme	1 → b 2	1 2	
REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.				

SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

900	VERIFIEZ Q210 EXISTENCE DE STOCKS DE MEDICAMENTS DANS LA STRUCTURE	PAS DE STOCKS DE MEDICAMENTS ALLER A LA SECTION SUIVANTE
------------	---	---

SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON STOCKE LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE STOCKAGE ET LA GESTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.
Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure de santé. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocker à un autre endroit dans la structure, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

ANTIBIOTIQUES

901	Est-ce que les antibiotiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure de santé?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL PAS VU	RAPPORTÉ DISPONIBLE AUJOURD'HUI	PAS DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
1	CO-TRIMOXAZOLE (COMPRIMES) (Antibiotique oral pour adulte)	1	2	3	4	5
2	CO-TRIMOXAZOLE SUSPENSION (Antibiotique Oral pour enfant)	1	2	3	4	5
3	AUREOMYCINE 3% TUBE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS DEPARASITANTS

902	Est-ce que les médicaments suivants destinés au traitements des infestations vermineuses sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)					
01	MEBENDAZOLE 100 MG	1	2	3	4	5
02	MEBENDAZOLE SIROP	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

905	Est-ce que les médicaments suivants contre le paludisme sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
01	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT]] ADULTE	1	2	3	4	5
02	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] ENFANT	1	2	3	4	5
03	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] NOURRISSON	1	2	3	4	5
10	AUTRE MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME	1	2	3	4	5

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la santé maternelle suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
03	COMPRIMES DE FER	1	2	3	4	5
04	COMPRIMES COMBINES FER + ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
06	MISOPROSTOL COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
07	OXYTOCINE OU AUTRE UTEROTONIQUE INJECTABLE	1	2	3	4	5
09	SELS DE REHYDRATION ORALE (SRO) SACHETS	1	2	3	4	5
10	VITAMINE A 200.000 UI	1	2	3	4	5
11	VITAMINE A 100.000 UI	1	2	3	4	5
12	ZINC COMPRIMES	1	2	3	4	5
15	MERCUROCHROME	1	2	3	4	5
18	BETADINE GYNECOLOGIQUE	1	2	3	4	5
19	ALCOOL A 90	1	2	3	4	5
20	COTOL	1	2	3	4	5
21	ALBUSTIX(strategie avancee)	1	2	3	4	5
22	COTON HYDROPHILE	1	2	3	4	5
23	BANDE DE GAZE	1	2	3	4	5
24	BOITE DE SPARADRAP 5X10	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

908	Est-ce que les AUTRES médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)					
01	PARACETAMOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	PARACETAMOL SIROP	1	2	3	4	5
03	VITAMINE C	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

909	OBSERVER L'ENDROIT OÙ LES MEDICAMENTS QUI ÉTÉ EVALUÉS SONT STOCKÉS ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.		OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT AU-DESSUS DU SOL?		1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?		1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?		1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?		1	2
05	EST-CE QUE LA PIECE DE STOCKAGE EST BIEN AÉRÉE?		1	2
910	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. 2 NON. 3		
911	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui?	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT 1 REGISTRE DE STOCKS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT. 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS. 3 REGISTRE DE STOCKS PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. 4 DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME 6 (SPECIFIER)		

MATERIELS

121	Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
04	GANTS EN LATEX	1	2	3
05	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
06	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS	1	2	3
07	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3
08	MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES	1	2	3

SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	VERIFIEZ Q212 PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (REPONSE 2 ENCERCLÉ)					PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE (REPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE				
921	Est-ce que les PRODUITS CONTRACEPTIFS suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)		(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ					
			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALI	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIB AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE			
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)		1	2	3	4	5			
02	PILULES PROGESTATIVES		1	2	3	4	5			
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)		1	2	3	4	5			
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS		1	2	3	4	5			
05	CONDOMS MASCULINS		1	2	3	4	5			
06	CONDOMS FÉMININS		1	2	3	4	5			
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE		1	2	3	4	5			
10	METHODE NATURELLE (CYCLE BEADS FOR STANDARD DAYS METHOD)		1	2	3	4	5			

CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

922	OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDiquer L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES		YES	NO
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT AU-DESSUS DU SOL?		1	2
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?		1	2
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?		1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?		1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?		1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. 2 NON. 3		
924	Quel est le système mis en place dans cette structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui?	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNE 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS À JOUR QU 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. 4 DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME (SPECIFIER) 6		

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS (Strategies avancees)

1000	VERIFIEZ Q102.01 SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OULIEU DE SERVICE ←
------	---	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre structure, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.		
	SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (STRATEGIE AVANCEE:Point de Vaccination) (UTILISER MOIS 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	(a)	(b)
		# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Nombre de jours de vaccination organisee)Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES

SECTION 11: SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT

1100	VERIFIEZ Q102.02 SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/> PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	SECTION/ SERVICE SUIVANT(E) <input type="text"/>
------	--	--

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1101	S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette structure, et le nombre de jours par mois dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Suivi de la croissance de l'enfant	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/>
1102	Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI 1 NON..... 2	→ 1104
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE	(B) FONCTIONNEL
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU
		PAS DISPONIBLE	OUI NON NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250g)	1 → b 2 → b 3 02 <input type="text"/>	1 2 8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100g)	1 → b 2 → b 3 03 <input type="text"/>	1 2 8
03	TOISE	1 → b 2 → b 3 04 <input type="text"/>	1 2 8
04	RUBAN DE MESURE POUR LA CIRCONFERENCE	1 2 3	
05	COURBES DE CROISSANCE	1 2 3	
REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	VERIFIEZ Q102.03 SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>		PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>		SECTION/SERVICE SUIVANT(E) <input type="checkbox"/>	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.						
1201	Veuillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont délivrés dans cette structure pour les enfants de moins de 5 ans, et le nombre de jours par mois où ils sont fournis dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS		(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE		(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE	
01	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades		# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/>		# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1202	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, délivrent les services suivants				YES	NO
01	DIAGNOSTIQUENT ET/OU TRAITENT LA MALNUTRITION INFANTILE				1	2
02	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A				1	2
03	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN FER				1	2
04	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN ZINC				1	2
1203	Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les directives de la PCIME Communautaire dans les prestati aux enfants de moins de 5 ans?		OUI..... 1 NON..... 2			
1204	Est-ce que les directives de la PCIME Communautaire pour le diag gestion des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?		OUI..... 1 NON..... 2		→ 1206	
1205	Puis-je voir les directives de la PCIME communautaire?		OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2		→ 1208	
1206	Est-ce que d'autres directives pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?		OUI..... 1 NON..... 2		→ 1208	
1207	Puis-je les voir ?		OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2			
1208	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel certaines observations et paramètres sont systématiquement relevés sur les enfants malades, avant la consultation pour la maladie déclarée? SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITES AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE		OUI..... 1 NON..... 2		→ 1210	
1209	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDER : Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ?		ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACNSP SYSTEMATI	
01	Pesée de l'enfant		1	2	3	8
02	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme		1	2	3	8
03	Prise de la température de l'enfant		1	2	3	8
05	Dispensation de conseils sur la santé		1	2	3	8
06	Administration de médicaments et/ou passer un linge mouillé pour réduire la température		1	2	3	8

1210	Je voudrais savoir si les éléments suivant existent dans ce service et sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR BEBE (GRADUATION 250 gr)	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100 gr)	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	Un chronomètre ou une montre affichant les secondes	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
05	le personnel a des montres qui affichent les secondes	1	2	3			
06	Un mesureur calibré à un 1/2 ou 1-litre pour la SRO	1	2	3			
07	Tasses et cuillères	1	2	3			
08	PACKETS OU SACHETS DE SRO	1	2	3			
09	Au moins 3 seaux (pour laver les tasses)	1	2	3			
10	Table/Lit de consultation	1	2	3			
1211	Veuillez me dire si vous disposez des matériels suivants. SI OUI, DEMANDER A VOIR						
01	Fascicules de tableaux de la PCIME	1	2	3			
02	Cartes d'information des mères sur la PCIME (Carte Conseil)	1	2	3			
03	Autres supports visuels pour éduquer les gardiennes d'enfant	1	2	3			
1212	Est-ce que des informations sanitaires individuelles sur les enfants malades sont conservées dans ce service (par exemple registre, carte ou carnet de santé)	OUI. 1 NON 2			→ 1250		
1213	Puis-je voir un exemplaire vierge?	OBSERVE 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2					

PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES. 11</p> <p>PAS VISITE AVANT 31</p>	<p>SECTION SUIVANTE/SERVICE</p>	
1251	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</p>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1052	<p>DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p> <p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITE VISUELLE SEULEMENT. 3</p> <p>PAS D'INTIMITE. 4</p>			
<p>REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	VERIFIEZ Q102.04 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF</div> <div style="text-align: center;">PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>
------	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LA PF.

SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1302	Est-ce que cette structure fournit (c'est-à-dire, stocke les produits ou bien prescrit, conseille ou réfère les clientes pour l'un des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFÈRE	NON	
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3	
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3	
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3	
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3	
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3	
06	CONDOMS FÉMININS	1	2	3	
10	MÉTHODE NATURELLE (SUIVI DU CYCLE PAR LA MÉTHODE ABSTINENCE RYTHMIQUE/COLLIÈRE)	1	2	3	
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PÉRIODIQUE		2	3	
1303	Est-ce que les directives nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1305	
1304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2		→ 1307	
1305	Est-ce que d'autres directives en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1307	
1306	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2			
1307	Est-ce qu'il y a des fiches ou des cartes individuelles des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1314	
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE..... 2			

EQUIPEMENTS ET MATÉRIELS

1314	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 02	1	2	8
05	TABLE GYNÉCOLOGIQUE / TABLE DE CONSULTATION	1	2	3			
06	ECHANTILLON MÉTHODES DE PF	1	2	3			
07	AUTRES SUPPORTS VISUELS SPÉCIFIQUES À LA PF [PAR EX. FLIP, CHARTS, DEPLIANTS]	1	2	3			
09	MODÈLE POUR DEMONSTRER L'UTILISATION DU CONDOM	1	2	3			

REMERCEZ LE RÉPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.

SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

1400	VERIFIEZ Q.102.05 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 50%; transform: translateX(-50%);">↓</div> </div> </div> <div style="text-align: center;"> PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 50%; transform: translateX(-50%);">←</div> </div> </div> </div>	
------	---	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE CPN DANS LA STRUCTURE.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES CPN.

SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles faites dans cette structure? Strategies avancees UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS													
1413	Est-ce que des directives sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1415												
1414	Puis-je les voir? ACCEPTABLE SI FAISANT PART DES AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2													
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des clientes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénatals, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1421												
1416	Puis-je les voir?	OBSERVÉS 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. 2													
EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN															
1421	Je voudrais savoir si les matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">(A) DISPONIBLE</th> <th colspan="3">(B) FONCTIONNEL</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">OBSERVÉ</td> <td style="width: 33%;">RAPPORTÉ PAS VU</td> <td style="width: 33%;">PAS DISPONIBLE</td> <td style="width: 33%;">OUI</td> <td style="width: 33%;">NON</td> <td style="width: 33%;">NSP</td> </tr> </table>	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP	
(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL												
OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP										
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b 2 → b 3 ↘	1 2 8												
1422	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="4">(B) PAS OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">AU MOINS UN VALIDE</td> <td style="width: 33%;">DISPONIBLE NON VALIDE</td> <td style="width: 16%;">RAPPORTÉE DISPONIBLE PAS VU</td> <td style="width: 16%;">NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</td> <td colspan="2" style="width: 20%;">NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</td> </tr> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ				AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTÉE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE		
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ													
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTÉE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE											
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1 2 3 4 5													
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1 2 3 4 5													
04	SP / FANSIDAR POUR TRAITEMENT INTERMITTENT DU PALUDISME	1 2 3 4 5													
REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.															

SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAU-NES

1600	VERIFIEZ Q102.07 FOURNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.		
1601	Est-ce qu'une matrone est présente dans la structure ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI 1 NON 2

ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

1604	Veuillez me dire si les services suivants ont une fois été fournis par les prestataires de cette structure, en tant qu'élément de leur travail. Si oui, est-ce que ces services ont été fournis au moins une fois au cours des 3 derniers mois	(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA STRUCTURE			(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS		
		OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP
02	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'UN OXYTOCIQUE (IV OU IM)	1 → b	2 03 ↙	8 03 ↗	1	2	8
04	ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	1 → b	2 05 ↙	8 05 ↗	1	2	8
1605	Est-ce que les directives nationales sur la Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2			→ 1622		
1606	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2					

EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

1622	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service d'accouchement, et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
03	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 ↗ 04 ↖	1	2	8
04	ASPIRATEUR CATHETER	1 → b	2 → b	3 ↗ 05 ↖	1	2	8
05	ASPIRATEUR POIRE	1 → b	2 → b	3 ↗ 06 ↖	1	2	8
11	PESE-BEBE	1 → b	2 → b	3 ↗ 12 ↖	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir				OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT				1	2	8
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE				1	2	8
03	FILS DE LIGATURE POUR CORDON OMBILICAL//CLAMP DE BARE				1	2	8
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8
1624	Est-ce que cette structure observe systématiquement les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveaux-nés?	OUI	NON		NSP		
01	Poser le bebe sur le ventre de la mere juste après l'accouchement (Peau sur Peau)	1	2		8		
02	Sécher et couvrir les nouveaux-nés pour les réchauffer	1	2		8		
03	commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	1	2		8		
04	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie	1	2		8		
06	Aspiration à l'aide d'une poire	1	2		8		
07	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2		8		
09	Appliquer de la Tetracycline dans les deux yeux	1	2		8		
10	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance	1	2		8		
11	Donner au nouveau-né le colostrum	1	2		8		
1625	Veillez me dire si les médicaments ou les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) NON OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS DISPONIBLE	
01	POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX	1	2	3	4	5	
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5	
08	SOLUTION DE BETADINE (SOINS DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

1650	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondant DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDiquer LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES 11</p> <p>SOINS INFANTILES 13</p> <p>PAS VISITÉ AVANT 31</p>	SECTION SUIVANTE/SERVICE	
1651	STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION	OBSERVED	REPORTED, NOT SEEN	NOT AVAILABLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1652	<p>DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE</p> <p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ. 4</p>			
<p>REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 17: PALUDISME

1700	VERIFIEZ Q102.08: FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	---	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS VENANT CONSULTER POUR LE PALUDISME. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES SUR LE PALU. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1701	Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS 	
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON. 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON. 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins toujours ou parfois seulement?	TOUJOURS. 1 PARFOIS SEULEMENT. 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI 1 NON. 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF. 1 AUTRES 2 PRECISER	
1708	Est-ce que vous possédez d'un manuel de formation, une affiche ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affiche ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme?	OUI 1 NON. 2	
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON. 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT			
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON. 2	→ 1713
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT			
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.

SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	VERIFIEZ Q102.09 FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> </div>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> </div>	SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT
------	--	---	------------------------------------

1818 DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE COUNSEL DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.

SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP
01	Sur les IST	1	2	3	8
02	sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
03	sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
04	Posters sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3	8
05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3	8
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
08	INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI	1	2	3	8
09	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
10	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
11	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
12	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
REMERCIEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'END OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	VERIFIEZ Q102.10 FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/>		PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
1901	Est-ce que les patients touseurs chroniques sont-ils référés pour la recherche de la tuberculose?	OUI 1 NON 2	→1903	
1902	Est-ce que les patients référés pour toux chroniques font-ils l'objet de feed back?	OUI 1 NON 2		
1903	Est-ce que vous participez au traitement directement observé de la trubiculose?	OUI 1 NON 2		
1904	Est-ce quel'information concernant la tuberculose est-elle conservée dans la case?	OUI 1 NON 2	→300	
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 30: NIVEAU GENERAL DE PROPRETE DE LA STRUCTURE DE SANTE

3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LES CONDITIONS DE LA STRUCTURE	OUI	NON
01	LE SOL: BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS	1	2
02	COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES: NETTOYES PAS DE TRACE VISIBLE DE POUSSIERE OU DE DECHETS	1	2
03	AIGUILLES, OBJETS TRANCHANTS HORS DE LA BOITE DE SECURITE	1	2
04	BOITES POUR OBJETS TRANCHANTS QUI DEBORDENT/ OU SONT PERCEES	1	2
05	BANDAGES/DECHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS	1	2
06	MURS: SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉS	1	2
07	PORTES: SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉES	1	2
08	PLAFOND: TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2

HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW

REMERCIEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR(TRICE)

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REpondANT:

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

AUTRES COMMENTAIRES:

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR: _____ DATE: _____

REGISTRE DE MATERNITE

Code de la structure: 		QRE TYPE MAT				
Code de l'Enqueteur 						
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A			
101	Est-ce que des accouchements ont ete faits pendant les 30 derniers jours dans cette case de Ssnte?	OUI 1 NON 2		→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE		
102	Quel est le nombre total des accouchements qui ont ete faits dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours?	NOMBRE TOTAL DES ACCOUCHEMENTS: 				
103	Est-ce que les registres et documents des accouchements qui ont ete faits pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante sont disponibles ?	OUI 1 NON 2		→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE		
DEMANDER A VOIR LES REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9998'. INSCRIRE LES DONNEES DU REGISTRE/DOCUMENT DE MATERNITE SUR LES 5 DERNIERES VISITES DE MERE ET NOUVEAU NES.						
	REGISTRE/ DOCUMENTS DE MATERNITE	VISITE 1	VISITE 2	VISITE 3	VISITE 4	VISITE 5
104	AGE (DE LA FEMME EN ANNEE)					
105	LIEU D'ACCOUCHEMENT (MAISON:1, CASE:2, AUTRE:3, RIEN VU: 8)					
106	ACCOUCHEMENT ASSISTE PAR LA MATRONE (OUI:1, NOM:2, RIEN VU: 8)					
107	POIDS DU NOUVEAU NE A LA NAISSANCE (EN GRAMME ex.3kg500g ecrire 3500)					
108	NOUVEAU NE VIVANT BIEN PORTANT (OUI:1, NON:2, RIEN VU :8)					
109	MORT NE (OU:1, NON:2, RIEN VU: 8)					
110	MIS AU SEIN PRECOCE DU NOUVEAU NE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)					
111	SOINS DU CORDON OMBILICAL (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)					
112	HEMORRHAGIE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)					
113	RETENTION PLACENTAIRE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)					
114	REFERE (OUI:1, NON:2, RIEN VU: 8)					
115	AUTRES (PRECISER)					
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR						

CONSULTATION GENERALE

Code de la structure:				QRE TYPE		GEN	
Code de l'Enqueteur							
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A				
101	Est-ce que des enfants de moins de 5 ans ont été vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de Santé?	OUI 1 NON 2	→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE/CAHIER/DOCUMENTS				
102	Quel est le nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont été vus dans cette case de santé pendant les 30 derniers jours?	NOMBRE TOTAL DE PATIENTS:					
103	Est-ce que les registres et documents de consultations générales qui ont été faits pendant les 30 derniers jours dans cette case de Santé sont disponibles ?	OUI 1 NON 2	→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE				
DEMANDER A VOIR LES REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATION NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9998'. INSCRIRE LES DONNEES DES CONSULTATIONS GENERALES SUR LES 5 DERNIERS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT ETE VUS.							
REGISTRE DE CONSULTATION GENERALE		PATIENT1	PATIENT 2	PATIENT 3	PATIENT 4	PATIENT 5	
104	SEXE (MASCULIN : 1, FEMININ : 2, RIEN VU:8)						
105	POIDS (EN KILOGRAMME, EX. 3Kg500 écrire 03,50)						
106	AGE (EN MOIS)						
SIGNES ET PLAINTES							
107	FIEVRE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
108	DIARRHEE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
109	TOUX (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
110	RESPIRATION RAPIDE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
111	ECOULEMENT DU NEZ (OUI:1, NON:2, RIEN VU: 8)						
112	SIGNES DE GRAVITE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) (CONVULSION, VOMISSEMENTS INCOHERENTS, LETHARGIE,FIEVRE >39 DEGRE, RESPIRATION RAPIDE)						
113	TEMPERATURE(en Degré Celcius ex. 39degré 50 écrire 39,50)						
114	AUTRES SIGNES: (PRECISER)						
TRAITEMENT/CONDUITE A TENIR							
115	TDR (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
116	TDR (POSITIF:1, NEGATIF:2,RIEN VU:8)						
117	ACT (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
118	ANTIBIOTIQUE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
119	ZINC (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
120	SRO/SSS (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
121	REFERE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
122	AUTRES : (A PRECISER)						
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR							

PROMOTION DE LA CROISSANCE

Code de la structure: <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div>		QRE TYPE CRO				
Code de l'Enqueteur <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div>						
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A			
101	Est-ce que des enfants ont été vus pour le suivi de la de la croissance pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante?	OUI 1 NON 2	→	FIN DE LA REVUE DU REGISTRE/CAHIER/DOCUMENTS		
102	Quel est le nombre total d'enfants qui ont été vus pour le suivi de la croissance dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours?	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS: <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div>				
103	Est-ce que les registres et documents de la promotion de la croissance qui ont été vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de sante sont disponibles ?	OUI 1 NON 2	→	FIN DE LA REVUE DU REGISTRE		
DEMANDER A VOIR LES REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9998'. INSCRIRE LES DONNEES DE LA PROMOTION DE LA CROISSANCE SUR LES 5 DERNIERS ENFANTS QUI ONT ETE VUS.						
PROMOTION DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT4	ENFANT 5
104	SEXE (MASCULIN : 1, FEMININ : 2, RIEN VU:8)	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>
105	AGE DE L'ENFANT EN MOIS	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>
106	POIDS ATTENDU (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>
107	POIDS ACTUEL (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>
108	ETAT NUTRITIONEL (ROUGE:1, JAUNE :2, VERT:3, RIEN VU:8)	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>
109	GAIN EN POIDS/ PERTE EN POIDS (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>
110	ENGAGEMENTS DE LA MERE (TOTAL:1, PARTIEL:2, PAS DU TOUT:3, RIEN VU:8)	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>
111	OBSERVATIONS (CONSEIL:1, SUPPLEMENT:2, REFER:3, RIEN VU:8)	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	<div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR						

PLANIFICATION FAMILIALE

Code de la structure: 		QRE TYPE P F
Code de l'Enqueteur 		

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A			
101	Est-ce que des clients de PF ont ete vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante?	OUI 1 NON 2	→	FIN DE LA REVUE DU CAHIER/REGISTRE/DOCUMENTS		
102	Quel est le nombre total de clients de PF qui ont ete vus dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours?	NOMBRE DE CLIENTS DE PF: 				
103	Est-ce que les registres et documents de PF qui ont ete vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante sont disponibles ?	OUI 1 NON 2	→	FIN DE LA REVUE DU REGISTRE		
DEMANDER A VOIR LES CAHIERS,REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATION NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9998'. INSCRIRE LES DONNEES DE PLANIFICATION FAMILIALE SUR LES 5 DERNIERS CLIENTS QUI ONT ETE VUS.						
	CAHIER/DOCUMENTS DE PLANIFICATION FAMILIALE	CLIENT(E) 1	CLIENT(E)2	CLIENT(E) 3	CLIENT(E) 4	CLIENT(E) 5
104	AGE (EN ANNEE)					
105	SEXE (MASCULIN : 1, FEMININ : 2, RIEN VU:8)					
106	STATUT (NOUVELLE:1, ANCIEN:2, RIEN VU:8)					
107	COUNSELING (INITIAL:1, SUIVI:2, RIEN VU:8)					
108	TYPE DE METHODE DE PF CHOISIE PILULES COMBINEES (OESTRO-PROGESTATIVES) 1 PILULES PROGESTATIVES 2 CONTRACEPTIF INJECTABLE COMBINE (MENSUELEMENT) 3 CONTRACEPTIF INJECTABLE PROGESTESTATIF (POUR 2 OU 3 MOIS) 4 CONDOM MASCULIN 5 CONDOM FEMININ 6 DSPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU) 7 IMPLANT 8 PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULE DU LENDEMAIN) 9 COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES 10 CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE 11 VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE) 12 STERILISATION FEMININE 13 METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORHEE (MAMA) 14 AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME) 15 PAS DE METHODE 16 RIEN VU 98	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> </div>				
109	CONDUITE TENUE POUR LA METHODE CHOISIE (FOURNIE:1, REFERE:2, RIEN VU:8)					
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR						