



Evaluation d'impact du Financement de la Santé Basé sur les Résultats

RWANDA

FOLLOW-UP SURVEY 2013

Questionnaire du centre de santé

F1 - Questionnaire d'évaluation du centre de santé

NOM PROVINCE	CODE PROVINCE

NOM DISTRICT	CODE DISTRICT

NOM SECTEUR	CODE SECTEUR

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	TELEPHONE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

RÉSULTAT DE L'ENTRETIEN	ENTRETIEN RÉALISÉ	01
	ENTRETIEN PARTIELLEMENT RÉALISÉ	02
	ENTRETIEN REFUSÉ PAR LE RESPONSABLE	03
	RESPONSABLE ABSENT (PERSONNEL PRÉSENT NON HABILITÉ À RÉPONDRE)	04
	ÉTABLISSEMENT VIDE (AUCUN PERSONNEL PRÉSENT)	05
	ÉTABLISSEMENT INTROUVABLE	06
AUTRE, PRÉCISER :		96

NOM DE L'ENQUÊTEUR	CODE

VISITE 1	JOUR	MOIS	ANNÉE

VISITE 2	JOUR	MOIS	ANNÉE

VISITE 3	JOUR	MOIS	ANNÉE

LANGUE			
KINYARWANDA	01		
FRANCAIS	02		
ANGLAIS	03	AUTRE, PRÉCISER 96	
ENQUÊTEUR	RÉPONSES	Interprète utilisé ?	JAMAIS 01
			PARFOIS 02
			TOUT LE TEMPS 03

INTERVIEW A COMMENCE A :

INTERVIEW EST TERMINEE A:

NOM DU SUPERVISEUR	CODE

JOUR	MOIS	ANNÉE

NOM DE L'OPÉRATEUR DE SAISIE	CODE

JOUR	MOIS	ANNÉE

(1)	Informations générales		
(A)	Généralités	NOTER LA RÉPONSE	
PERSONNE INTERROGÉE : RESPONSABLE DU CENTRE DE SANTÉ OU SON ADJOINT SI ABSENT OU INDISPONIBLE			
(1.01)	Quel est l'intitulé de votre poste dans ce centre de santé?	Médecin responsable du centre de santé 01 Titulaire du centre de santé 02 Titulaire adjoint du centre de santé 03 Assistant médical 04 Comptable 05 Infirmier 06 Sage-femme 07 Pharmacien 08 Technicien d'hygiène du milieu 09 Aide-soignant 10 Distributeur en pharmacie 11 Biologiste de laboratoire 12 Technicien de laboratoire 13 Autre, spécifier: 96	
(1.02)	À qui appartient ce centre de santé ?	Secteur public 01 Agree 02 Autre, spécifier: 96	
(1.03)	En quelle année le centre de santé a-t-il été achevé ? ENQUÊTEUR : NOTER L'ANNÉE AU FORMAT AAAA (ex.: 1941).		
(1.04)	À quand remonte le dernier investissement important réalisé dans les infrastructures ? ENQUÊTEUR : NOTER LE MOIS ET L'ANNÉE. COMPTER LES GROS TRAVAUX DE PEINTURE, LA PLOMBERIE, LES TRAVAUX D'AGRANDISSEMENT, ETC.	a. MOIS (MM) b. ANNÉE (AAAA) SI LE DERNIER INVESTISSEMENT REMONTE À PLUS D'UN AN, NE NOTER QUE L'ANNÉE LA PLUS RECENTE	
(1.05)	Ce centre de santé dispense-t-il des soins 24h/24 ?	OUI / OFFICIELLEMENT 01 ► (1.08) OUI / DANS LA PRATIQUE 02 ► (1.08) NON 03	

(A)	Généralités	NOTER LA RÉPONSE
(1.06)	<p>À quelle heure commencent les consultations externes ?</p> <p>ENQUÊTEUR : NOTER L'HEURE AU FORMAT À 4 CHIFFRES (EX. : 0700, 1900, ETC.)</p>	<p>a. Semaine</p> <p>b. Samedi</p> <p>c. Dimanche</p> <p>d. Vacances</p>
(1.07)	<p>À quelle heure se terminent les consultations externes ?</p> <p>ENQUÊTEUR : NOTER L'HEURE AU FORMAT À 4 CHIFFRES (EX. : 0700, 1900, ETC.)</p>	<p>a. Semaine</p> <p>b. Samedi</p> <p>c. Dimanche</p> <p>d. Vacances</p>
(1.08)	<p>Quels jours de la semaine le centre de santé propose-t-il des consultations prénatales, et pendant combien d'heures ces jours-là ?</p> <p>ENQUÊTEUR : POUR CHAQUE JOUR, NOTER LE NOMBRE D'HEURES OÙ CES CONSULTATIONS SONT OFFERTES. LES JOURS OÙ IL N'Y EN A PAS, NOTER "00"</p>	<p>a. Lundi</p> <p>b. Mardi</p> <p>c. Mercredi</p> <p>d. Jeudi</p> <p>e. Vendredi</p> <p>f. Samedi</p> <p>g. Dimanche</p>
(1.09)	<p>Quels jours de la semaine le centre de santé propose-t-il des consultations pédiatriques pour les enfants de moins de 5 ans, et pendant combien d'heures ces jours-là ?</p> <p>ENQUÊTEUR : POUR CHAQUE JOUR, NOTER LE NOMBRE D'HEURES OÙ CES CONSULTATIONS SONT OFFERTES. LES JOURS OÙ IL N'Y EN A PAS, NOTER "00"</p>	<p>a. Lundi</p> <p>b. Mardi</p> <p>c. Mercredi</p> <p>d. Jeudi</p> <p>e. Vendredi</p> <p>f. Samedi</p> <p>g. Dimanche</p>
(1.10)	<p>À quelle distance ce centre de santé se trouve-t-il de l'hôpital de district le plus proche, en kilomètres (trajet aller) ?</p>	<p>KILOMÈTRES</p>

(A)	Généralités	NOTER LA RÉPONSE																								
(1.11)	<p>Quelles sont les trois principales sources de financement (dans le sens "entrées d'argent") de Ce centre de santé ?</p> <p>ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE DES 3 PRINCIPALES SOURCES DE FINANCEMENT CITÉES PAR LA PERSONNE (ET 3 SEULEMENT), NOTER "1" SUR LA LIGNE CORRESPONDANTE. NOTER "2" POUR LES AUTRES. AUCUNE CASE NE DOIT RESTER VIDE.</p>	<table border="1"> <tr><td>a.</td><td>MINISTÈRE DE LA SANTÉ</td><td></td></tr> <tr><td>b.</td><td>FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS</td><td></td></tr> <tr><td>c.</td><td>VENTES DE MÉDICAMENTS</td><td></td></tr> <tr><td>d.</td><td>ORGANISME CONFESSIONNELS</td><td></td></tr> <tr><td>e.</td><td>SOCIÉTÉ PRIVÉE</td><td></td></tr> <tr><td>f.</td><td>DONATEUR</td><td></td></tr> <tr><td>g.</td><td>ASSURANCE MALADIE</td><td></td></tr> <tr><td>h.</td><td>AUTRE, PRÉCISER :</td><td></td></tr> </table>	a.	MINISTÈRE DE LA SANTÉ		b.	FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS		c.	VENTES DE MÉDICAMENTS		d.	ORGANISME CONFESSIONNELS		e.	SOCIÉTÉ PRIVÉE		f.	DONATEUR		g.	ASSURANCE MALADIE		h.	AUTRE, PRÉCISER :	
a.	MINISTÈRE DE LA SANTÉ																									
b.	FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS																									
c.	VENTES DE MÉDICAMENTS																									
d.	ORGANISME CONFESSIONNELS																									
e.	SOCIÉTÉ PRIVÉE																									
f.	DONATEUR																									
g.	ASSURANCE MALADIE																									
h.	AUTRE, PRÉCISER :																									
(1.12)	<p>Pouvez-vous m'indiquer le montant reçu de chacune des sources suivantes en 2012 en FRW?</p> <p>ENQUÊTEUR : POUR CHAQUE SOURCE (PAS SEULEMENT LES 3 PRINCIPALES), NOTER LE MONTANT REÇU EN FRW. POUR ZÉRO, NOTER "0000".</p>	<table border="1"> <tr><td>a.</td><td>MINISTÈRE DE LA SANTÉ</td><td></td></tr> <tr><td>b.</td><td>FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS</td><td></td></tr> <tr><td>c.</td><td>VENTES DE MÉDICAMENTS</td><td></td></tr> <tr><td>d.</td><td>ORGANISME CONFESSIONNELS</td><td></td></tr> <tr><td>e.</td><td>SOCIÉTÉ PRIVÉE</td><td></td></tr> <tr><td>f.</td><td>DONATEUR</td><td></td></tr> <tr><td>g.</td><td>ASSURANCE MALADIE</td><td></td></tr> <tr><td>h.</td><td>AUTRE, PRÉCISER :</td><td></td></tr> </table>	a.	MINISTÈRE DE LA SANTÉ		b.	FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS		c.	VENTES DE MÉDICAMENTS		d.	ORGANISME CONFESSIONNELS		e.	SOCIÉTÉ PRIVÉE		f.	DONATEUR		g.	ASSURANCE MALADIE		h.	AUTRE, PRÉCISER :	
a.	MINISTÈRE DE LA SANTÉ																									
b.	FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS																									
c.	VENTES DE MÉDICAMENTS																									
d.	ORGANISME CONFESSIONNELS																									
e.	SOCIÉTÉ PRIVÉE																									
f.	DONATEUR																									
g.	ASSURANCE MALADIE																									
h.	AUTRE, PRÉCISER :																									
(1.13)	<p>Pouvez-vous m'indiquer le montant total reçu en 2012 en FRW? ENQUÊTEUR: CONFIRME SI LE MONTANT TOTAL CORRESPOND A CELUI INDIQUE A (1.12). SI NON, RETOURNE A (1.12) ET AJUSTE JUSQU'A CE QUE TU OBTIENNES LE MEME MONTANT. SI ZERO, NOTE '0000'.</p>	FRW																								
(1.14)	<p>ENQUÊTEUR : SOURCE D'INFORMATION CONSULTÉE POUR OBTENIR LES CHIFFRES DU BUDGET</p>	<table border="1"> <tr><td>COMPTES OFFICIELS</td><td>01</td><td></td></tr> <tr><td>DOSSIERS DU CENTRE DE SANTÉ</td><td>02</td><td></td></tr> <tr><td>PAS DE SOURCE : INFORMATION ORALE</td><td>03</td><td></td></tr> <tr><td>AUTRE, PRÉCISER :</td><td>96</td><td></td></tr> </table>	COMPTES OFFICIELS	01		DOSSIERS DU CENTRE DE SANTÉ	02		PAS DE SOURCE : INFORMATION ORALE	03		AUTRE, PRÉCISER :	96													
COMPTES OFFICIELS	01																									
DOSSIERS DU CENTRE DE SANTÉ	02																									
PAS DE SOURCE : INFORMATION ORALE	03																									
AUTRE, PRÉCISER :	96																									
(1.15)	<p>Pouvez-vous m'indiquer si le centre de santé a versé des primes de performance ou des compléments de salaire au personnel en [2012], en plus des salaires/indemnités normales ?</p>	<table border="1"> <tr><td>OUI</td><td>01</td><td></td></tr> <tr><td>NON</td><td>02 ► (1.18)</td><td></td></tr> </table>	OUI	01		NON	02 ► (1.18)																			
OUI	01																									
NON	02 ► (1.18)																									
(1.16)	<p>Quel montant le centre de santé a-t-il versé au personnel à titre de primes de performance ou de compléments de salaire en [2012] en Frw ?</p>	FRW																								

(A)	Généralités	NOTER LA RÉPONSE
(1.17)	ENQUÊTEUR : SOURCE D'INFORMATION CONSULTÉE POUR OBTENIR LES CHIFFRES DES DÉPENSES DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE	SYSTÈME DE SUIVI DU DISPOSITIF DE FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE 01 AUTRES DOSSIERS DU CENTRE DE SANTÉ 02 PAS DE SOURCE : INFORMATION ORALE 03 AUTRE, PRÉCISER : 96
(1.18)	Quelle est la principale source d'électricité ?	Réseau électrique 01 Groupe électrogène 02 Énergie solaire 03 Pas de source d'électricité 04 Autre, préciser : 96
(1.19)	Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il eu des coupures de courant ?	OUI 01 NON 02 ► (1.21)
(1.20)	Au cours des 7 derniers jours, pendant combien d'heures le centre de santé a-t-il été privé d'électricité ?	168 HEURES MAXIMUM
(1.21)	Quelle est la principale source d'alimentation en eau ?	Eau courante dans le bâtiment 01 Canalisations d'eau dans la cour/sur le terrain 02 Robinet public/borne-fontaine 03 Puits protégé 04 Puits non protégé 05 Source protégée 06 Source non protégée 07 Eau de pluie 08 Camion citerne/vendeur d'eau 09 Eau de surface (lac, rivière ou ruisseau) 10 ► (1.24) Eau en bouteille 11 ► (1.22) Autre, spécifier: 96
(1.22)	Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il eu des moments où le centre de santé a été privé d'eau ?	OUI 01 NON 02 ► (1.24)
(1.23)	Au cours des 7 derniers jours, pendant combien d'heures le centre de santé a-t-il été privé d'eau ?	168 HEURES MAXIMUM
(1.24)	Combien de temps faut-il pour aller chercher de l'eau pour le centre de santé à la principale source d'alimentation (trajet aller à pied, en minutes) ? Si le centre de santé A L'EAU COURANTE, NOTER "0".	MINUTES
(1.25)	Le centre de santé a-t-il une liaison radio bidirectionnelle ?	OUI 1 NON 2

(A)	Généralités	NOTER LA RÉPONSE
(1.26)	Le centre de santé a-t-il une ligne de téléphone (téléphonie fixe ou mobile)?	<div>OUI, UNE LIGNE DE TÉLÉPHONIE FIXE 01 ► (1.29)</div> <div>OUI, UNE LIGNE DE TÉLÉPHONIE MOBILE 02 ► (1.29)</div> <div>OUI, LES DEUX 03 ► (1.29)</div> <div>NON 04</div>
(1.27)	ENQUÊTEUR: SEULEMENT SI LA RÉPONSE A (1.26) ÉTAIT NON: Y a-t-il des téléphones disponibles dans votre communauté à part ceux de votre personnel que le personnel de ce centre de santé peut utiliser en cas de besoin?	<div>OUI 01</div> <div>NON 02 ► (1.31)</div>
(1.28)	Combien de temps faut-il pour accéder à ces services téléphoniques ?	MINUTES
(1.29)	Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il eu des moments où le centre de santé a été privé de téléphone (fixe ou mobile) ?	<div>OUI 01</div> <div>NON 02 ► (1.31)</div>
(1.30)	Au cours des 7 derniers jours, pendant combien d'heures le centre de santé a-t-il été privé de téléphone ?	168 HEURES MAXIMUM
(1.31)	L'un des membres du personnel du centre de santé a-t-il une ligne de téléphonie mobile ?	<div>OUI 01</div> <div>NON 02</div>
(1.32)	Ce centre de santé réfère-t-il des patients à d'autres formations sanitaires ?	<div>OUI 01</div> <div>NON 02 ► (1.34)</div>
(1.33)	Où les patients du centre de santé sont-ils référés pour : ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER LES CODES SUIVANTS : Hôpital1 Un autre centre de santé...2 Sans objet.....3	<div>a. Des analyses médicales</div> <div>b. Un examen radiologique</div> <div>c. Une hospitalisation</div> <div>d. Une consultation spécialisée</div> <div>e. Un acte chirurgical</div> <div>f. Un accouchement simple</div> <div>g. Un accouchement compliqué</div> <div>h. Autre, spécifier:</div>
(1.34)	Le centre de santé a-t-il accès à un moyen de transport (pour aller chercher les patients ou les transférer dans un autre établissement) ?	<div>OUI 01</div> <div>NON 02 ► (1.38)</div>
(1.35)	À combien de [VÉHICULES] en état de marche le centre de santé a-t-il accès ? ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER LE NOMBRE DE VÉHICULES EN ÉTAT DE MARCHÉ DISPONIBLES. POUR ZÉRO, NOTER "00". "APPARTENANT À" SIGNIFIE APPARTENANT AU CENTRE DE SANTÉ OU À LA PERSONNE	<div>a. Ambulance appartenant au centre de santé</div> <div>b. Ambulance appartenant aux hôpitaux de district</div> <div>c. Véhicule privé loué à temps complet</div> <div>d. Véhicule privé loué à temps partiel</div> <div>e. Autre véhicule appartenant au centre de santé</div> <div>f. Véhicules privés prêts à intervenir sur demande</div> <div>g. Cyclomoteur appartenant au centre de santé</div> <div>h. Cyclomoteur de location</div> <div>i. Vélo appartenant au centre de santé</div> <div>j. Autre, spécifier:</div>

(A) Généralités		NOTER LA RÉPONSE
(1.36)	Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il eu des moments où aucun moyen de transport n'était disponible pour les patients ?	OUI 1
		NON 2 ► (1.38)
(1.37)	Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours n'y a-t-il eu aucun moyen de transport disponible pour les patients ?	7 JOURS MAXIMUM
(1.38)	Le centre de santé possède-t-il un ordinateur en état de marche ?	OUI 1
		NON 2
(B) Mesures de précaution universelles		NOTER LA RÉPONSE
PERSONNE INTERROGÉE : RESPONSABLE DU CENTRE DE SANTE OU SON ADJOINT SI ABSENT OU INDISPONIBLE		
(1.39)	Le centre de santé possède-t-il une salle pour les consultations externes?	OUI, VUE 01
		OUI, PAS VUE 02
		NON 03 ► (1.43)
(1.40)	Cette salle est-elle équipée d'une boîte sécurisée ou d'un conteneur fermé pour recevoir les objets piquants ou tranchants usagés ?	OUI, VUE 01
		OUI, PAS VUE 02
		NON 03
(1.41)	Les différentes étapes de la procédure de décontamination sont-elles affichées dans toutes les salles de consultation ?	OUI, VUE 01
		OUI, PAS VUE 02
		NON 03
(1.42)	Y a-t-il un évier avec de l'eau et du savon dans toutes les salles de consultation ?	OUI, VUE 01
		OUI, PAS VUE 02
		NON 03
(1.43)	Quels désinfectants sont utilisés dans ce centre de santé ? ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" SI LE DÉSINFECTANT EST UTILISÉ, "2" S'IL N'EST PAS UTILISÉ.	a. Chlorhexidine (gluconate)
		b. Dakin
		c. Solution d'hypochlorite de sodium/solution chlorée/solution JIK
		d. Alcool à brûler
		e. Autre, spécifier:
(1.44)	Au cours des 30 derniers jours, le centre de santé a-t-il été à tout moment en rupture de stock de désinfectant(s) ?	OUI 1
		NON 2 ► (1.46)
(1.45)	Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours le centre de santé a-t-il été en rupture de stock de désinfectant(s) ?	JOURS
(1.46)	Y a-t-il un incinérateur en état de marche pour éliminer les déchets médicaux ?	OUI, VUE 01
		OUI, PAS VUE 02
		NON 03

(A)	Généralités	NOTER LA RÉPONSE																
(1.47)	<p>Quelle est la procédure employée pour décontaminer le matériel médical après une première utilisation ?</p> <p>ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. NOTER UNE SEULE RÉPONSE. SI PLUSIEURS RÉPONSES SONT DONNÉES, NOTER LA MÉTHODE LA PLUS EMPLOYÉE.</p>	<table border="1"> <tr> <td>TREMPAGE DANS UNE SOLUTION DÉSINFECTANTE PUIS BROSSAGE À L'EAU ET AU SAVON</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>BROSSAGE À L'EAU ET AU SAVON PUIS TREMPAGE DANS UNE SOLUTION DÉSINFECTANTE</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>UNIQUEMENT BROSSAGE À L'EAU ET AU SAVON</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>UNIQUEMENT TREMPAGE DANS UNE SOLUTION DÉSINFECTANTE</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>NETTOYAGE À L'EAU ET AU SAVON</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>MATÉRIEL JAMAIS DÉCONTAMINÉ</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>MATÉRIEL JAMAIS RÉUTILISÉ</td> <td>07 ► (1.49)</td> </tr> <tr> <td>AUTRE, PRÉCISER :</td> <td>96</td> </tr> </table>	TREMPAGE DANS UNE SOLUTION DÉSINFECTANTE PUIS BROSSAGE À L'EAU ET AU SAVON	01	BROSSAGE À L'EAU ET AU SAVON PUIS TREMPAGE DANS UNE SOLUTION DÉSINFECTANTE	02	UNIQUEMENT BROSSAGE À L'EAU ET AU SAVON	03	UNIQUEMENT TREMPAGE DANS UNE SOLUTION DÉSINFECTANTE	04	NETTOYAGE À L'EAU ET AU SAVON	05	MATÉRIEL JAMAIS DÉCONTAMINÉ	06	MATÉRIEL JAMAIS RÉUTILISÉ	07 ► (1.49)	AUTRE, PRÉCISER :	96
TREMPAGE DANS UNE SOLUTION DÉSINFECTANTE PUIS BROSSAGE À L'EAU ET AU SAVON	01																	
BROSSAGE À L'EAU ET AU SAVON PUIS TREMPAGE DANS UNE SOLUTION DÉSINFECTANTE	02																	
UNIQUEMENT BROSSAGE À L'EAU ET AU SAVON	03																	
UNIQUEMENT TREMPAGE DANS UNE SOLUTION DÉSINFECTANTE	04																	
NETTOYAGE À L'EAU ET AU SAVON	05																	
MATÉRIEL JAMAIS DÉCONTAMINÉ	06																	
MATÉRIEL JAMAIS RÉUTILISÉ	07 ► (1.49)																	
AUTRE, PRÉCISER :	96																	
(1.48)	<p>Quelle est la procédure employée pour stériliser le matériel médical avant réutilisation ?</p> <p>ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. NOTER UNE SEULE RÉPONSE. SI PLUSIEURS RÉPONSES SONT DONNÉES, NOTER LA MÉTHODE LA PLUS EMPLOYÉE.</p>	<table border="1"> <tr> <td>STÉRILISATION PAR CHALEUR SÈCHE</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>AUTOCLAVE</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>STÉRILISATION À L'EAU BOUILLANTE</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>STÉRILISATION À LA VAPEUR</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>MÉTHODE CHIMIQUE</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>STÉRILISATION RÉALISÉE À L'EXTÉRIEUR DU CENTRE DE SANTÉ</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>AUCUNE</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>AUTRE, PRÉCISER :</td> <td>96</td> </tr> </table>	STÉRILISATION PAR CHALEUR SÈCHE	01	AUTOCLAVE	02	STÉRILISATION À L'EAU BOUILLANTE	03	STÉRILISATION À LA VAPEUR	04	MÉTHODE CHIMIQUE	05	STÉRILISATION RÉALISÉE À L'EXTÉRIEUR DU CENTRE DE SANTÉ	06	AUCUNE	07	AUTRE, PRÉCISER :	96
STÉRILISATION PAR CHALEUR SÈCHE	01																	
AUTOCLAVE	02																	
STÉRILISATION À L'EAU BOUILLANTE	03																	
STÉRILISATION À LA VAPEUR	04																	
MÉTHODE CHIMIQUE	05																	
STÉRILISATION RÉALISÉE À L'EXTÉRIEUR DU CENTRE DE SANTÉ	06																	
AUCUNE	07																	
AUTRE, PRÉCISER :	96																	
(1.49)	<p>Le protocole de stérilisation du matériel est-il affiché ?</p>	<table border="1"> <tr> <td>AFFICHÉ</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>PAS AFFICHÉ</td> <td>02</td> </tr> </table>	AFFICHÉ	01	PAS AFFICHÉ	02												
AFFICHÉ	01																	
PAS AFFICHÉ	02																	
(1.50)	<p>Des mesures sont-elles prévues pour éliminer les déchets biomédicaux ?</p>	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ► (2.01)</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2 ► (2.01)												
OUI	1																	
NON	2 ► (2.01)																	
(1.51)	<p>Comment les déchets biomédicaux sont-ils éliminés ?</p> <p>ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. NOTER UNE SEULE RÉPONSE. SI PLUSIEURS RÉPONSES SONT DONNÉES, NOTER LA MÉTHODE LA PLUS EMPLOYÉE.</p>	<table border="1"> <tr> <td>ENTERRES</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>INCINÉRÉS</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>MIS EN DÉCHARGE (DEPOTOIR OU TERRAIN APPROPRIÉ POUR LES DÉCHETS)</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>EVACUÉS PAR UNE COMPAGNIE/COOPERATIVE</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>AUTRE, PRÉCISER :</td> <td>05</td> </tr> </table>	ENTERRES	01	INCINÉRÉS	02	MIS EN DÉCHARGE (DEPOTOIR OU TERRAIN APPROPRIÉ POUR LES DÉCHETS)	03	EVACUÉS PAR UNE COMPAGNIE/COOPERATIVE	04	AUTRE, PRÉCISER :	05						
ENTERRES	01																	
INCINÉRÉS	02																	
MIS EN DÉCHARGE (DEPOTOIR OU TERRAIN APPROPRIÉ POUR LES DÉCHETS)	03																	
EVACUÉS PAR UNE COMPAGNIE/COOPERATIVE	04																	
AUTRE, PRÉCISER :	05																	

(2)	Administration et gestion		NOTER LA RÉPONSE
PERSONNE INTERROGÉE : RESPONSABLE DU CENTRE DE SANTÉ OU SON ADJOINT SI ABSENT OU INDISPONIBLE			
(2.01)	Y a-t-il un comité de santé pour ce centre de santé ?	OUI 01 NON 02 ► (2.04)	
(2.02)	Quels groupes, parmi les suivants, sont représentés dans ce comité ? ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, "2" POUR NON.	a. Titulaire du centre de santé b. Personnel du centre de santé c. Charge des affaires sociales au niveau du secteur d. Représentant des Agents de santé communautaire e. Représentant des enseignants f. Représentant de la société civile g. Autre, préciser :	
(2.03)	Un budget a-t-il été établi pour le centre de santé pour l'année fiscale 2013-14? ENQUÊTEUR : DEMANDER À VOIR LE BUDGET.	OUI, VUE 01 OUI, PAS VUE 02 NON 03	
(2.04)	Un plan d'activités a-t-il été établi pour le centre de santé pour l'année fiscale 2013-14 ? ENQUÊTEUR : DEMANDER À VOIR LE PLAN D'ACTIVITÉS.	OUI, VUE 01 OUI, PAS VUE 02 NON 03 ► (2.07)	
(2.05)	Qui a participé à l'élaboration de ce plan d'activités ? ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, "2" POUR NON.	a. Le titulaire du centre de santé b. Personnel du centre de santé c. Personnel d'une Organisation Non Gouvernementale d. Ministère de la Santé / Unité de santé du district e. Charge des affaires sociales au niveau du secteur f. Le comité de santé du centre de santé g. Le comité de direction de l'hôpital h. Le président / dirigeant de la coopérative des agents de santé communautaire i. Agents de santé communautaire j. Des membres de la communauté k. Autre, spécifier:	
(2.06)	Le plan d'activités pour l'exercice en cours définit-il des priorités sanitaires ?	OUI 01 NON 02 ► (2.08)	
(2.07)	Je vais maintenant vous lire une liste de services. Pour chacun d'eux, vous me direz si le service est prioritaire ou non pour l'exercice en cours. ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX TOUS LES SERVICES INDIQUÉS. POUR CHACUN D'EUX, NOTER "1" POUR OUI/PRIORITAIRE, "2" POUR NON/NON PRIORITAIRE.	a. Soins prénatals b. Accouchement en milieu médical c. Soins postnatals d. Vaccination e. Consultations de soins curatifs f. Planification familiale/santé procréative g. Nutrition h. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant i. Paludisme j. Tuberculose k. VIH/sida l. Promotion de la santé et surveillance sanitaire m. Autre, spécifier:	

ATTENTION : LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE EST MAINTENANT DE 12 MOIS			NOTER LA RÉPONSE
(2.08)	Au cours des 12 derniers mois, <u>les membres du personnel</u> ont-ils été évalués <u>en interne</u> , c'est-à-dire par des personnes du centre de santé ?	OUI 01	
		NON 02 ► (2.10)	
(2.09)	Le résultat de cette évaluation interne du personnel a-t-il un impact sur le salaire des personnels ou sur les primes de performance?	OUI 01	
		NON 02	
(2.10)	Au cours des 12 derniers mois, <u>les membres du personnel</u> ont-ils été évalués par des personnes <u>externes au centre de santé</u> , par ex. les services de santé du district ?	OUI 01	
		NON 02 ► (2.12)	
(2.11)	Le résultat de cette évaluation externe du personnel a-t-il un impact sur le salaire des personnels ou sur les primes de performance?	OUI 01	
		NON 02	
(2.12)	Au cours des 12 derniers mois, le centre de santé dans son ensemble a-t-il été évalué par des personnes extérieures (l'hôpital de district, ministère de la santé etc) à le centre de santé ?	OUI 01	
		NON 02 ► (2.14)	
(2.13)	Le résultat de cette évaluation externe des performances du centre santé a-t-il un impact sur le financement du au centre de santé ?	OUI 01	
		NON 02	
(2.14)	Le centre de santé recueille-t-il les avis des patients par des enquêtes auprès des clients, une boîte à suggestions/réclamations ou une autre méthode ?	OUI 1	
		NON 2 ► (2.16)	
(2.15)	Existe-t-il un mécanisme formel informant le personnel des avis des patients ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.16)	Au cours des 12 derniers mois, des changements ont-ils été introduits à la suite d'avis exprimés par des patients ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.17)	Y a-t-il plus d'un centre de santé dans ce secteur?	OUI 1	
		NON 2	
(2.18)	Est-ce que ce centre de santé dessert plus d'un secteur	OUI 1	
		NON 2	
(2.19)	Combien de villages dessert ce centre de santé?		

(3) Liste du personnel de l'établissement					
PERSONNES CONCERNÉES : TOUS LES MEMBRES DU PERSONNEL, QU'ILS SOIENT TEMPORAIRES OU PERMANENTS, SOIGNANTS OU NON, À COMMENCER PAR LE RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT					
PERSONNE INTERROGÉE : RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT OU EMPLOYÉ LE MIEUX INFORMÉ					
	(3.01)	(3.02)	(3.03)	(3.04)	(3.05)
C O D E D · I D E N T I F I C A T I O N	ENQUÊTEUR : INSCRIRE LES NOM ET PRÉNOM DE TOUTES LES PERSONNES TRAVAILLANT DANS L'ÉTABLISSEMENT. POUR CHACUNE D'ELLES, POSER TOUTES LES QUESTIONS DE CETTE SECTION, PUIS PASSER À LA PERSONNE SUIVANTE. S'IL Y A PLUS DE 40 EMPLOYÉS, UTILISER UN DEUXIÈME QUESTIONNAIRE.	SEXES DE [NOM]	CODE D'ID. DU RÉPONDANT	Âge de [NOM]	Quel est le diplôme le plus élevé obtenu par [NOM] ?
					Diplôme de fin d'études primaires 01
					Diplôme de fin d'études post-primaires (A3) 02
					Diplôme de fin d'études secondaires 03
					Baccalauréat (A1) 04
					Licence 05
					Maîtrise 06
					Doctorat 07
					Troisième cycle universitaire 08
					Études post-doctorales 09
			Pas d'études 10		
			Autre, spécifier: 96		
	NOM ET PRÉNOM	FEMMES 02		ANNÉES	
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

[illegible]

(3) Liste du personnel de l'établissement										
	(3.09)	(3.10)	(3.11)	(3.12)	(3.13)	(3.14)				
C O D E D . I D E N T I F I C A T I O N	Combien d'heures par semaine [NOM] passe-t-il/elle habituellement dans cet établissement de santé ?	Combien d'heures par semaine [NOM] passe-t-il/elle habituellement à dispenser des soins médicaux directement à des patients ?	[NOM] a-t-il/elle aussi une clientèle privée ?	[NOM] est-il/elle présent(e) aujourd'hui ?	Pourriez-vous me dire pourquoi [NOM] n'est pas là aujourd'hui ?	Quels services assure [NOM] aujourd'hui ?				
					► PROFESSIONNEL SUIVANT	ENQUÊTEUR : NOTER JUSQU'À 5 SERVICES. EN CAS DE SOINS PÉDIATRIQUES POSTNATALS ASSOCIÉS À DE LA PÉDIATRIE PRÉVENTIVE (EX. : VACCINATIONS), NOTER "03" POUR SOINS PÉDIATRIQUES POSTNATALS. SI MOINS DE 5 SERVICES, NOTE "98" POUR NON APPLICABLE				
					EN RECUPERATION 01	CONSULTATION PRÉNATALE 01				
					EN CONGÉ MALADIE 02	ACCOUCHEMENT 02				
					EN FORMATION 03	CONSULTATION POSTNATALE (enfant de ≤10 jours) 03				
					EN CONGÉ 04	CONSULTATION POSTNATALE (mere) 04				
					AUTRE ABSENCE AUTORISÉE 05	VACCINATION 05				
					EN RETARD 06	CONSULTATION CURATIVE DES < 5 ans 06				
					ABSENCE NON AUTORISÉE 07	CONSULTATION CURATIVE DE L'ADULTE 07				
					AUTRE (PRÉCISER) 96	CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE (CDV/VCT) 08				
	SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT 09									
	PREVENTION TRANSMISSION MERE-ENFANT VIH (PTME/PMTCT) 10									
	PLANIFICATION FAMILIALE 11									
	TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (ARV) 12									
	LABORATOIRE 13									
	SANTÉ COMMUNAUTAIRE 14									
	AUTRE, SPECIFIER 96									
	168 MAXI.	168 MAXI.	NON 2	NON 2		A.	B.	C.	D.	E.
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

(3) Liste du personnel de l'établissement				
	(3.06)	(3.07)	(3.08)	
C O D E D I D E N T I F I C A T I O N	Quel poste occupe [NOM] dans cet établissement ?	En quelle année [NOM] a-t-il/elle été affecté(e) à son poste dans cet établissement ?	Quelle est le salaire brut de [NOM] stipulée dans son contrat de travail ?	
	Professions médicales/paramédicales Médecin responsable du centre santé 01 Infirmier titulaire du centre de santé 02 Assistant médical 03 Comptable 04 Infirmier 05 Sage-femme 06 Pharmacien 07 Technicien d'hygiène du milieu 08 Aide-soignant 09 Préparateur en pharmacie 10 Biologiste de laboratoire 11 Technicien de laboratoire 12 Employé journalier classifié 13 Charge stock pharmacie 14 Autre poste médical/paramédical 96	Autres Agent auxiliaire > 1 an 15 ► personne suivante Agent auxiliaire < 1 an 16 ► personne suivante Assistant social 17 ► personne suivante Conseiller 18 ► personne suivante Personnel administratif 19 ► personne suivante Autre poste non médical/paramédical 98 ► personne suivante	ENQUÊTEUR : NOTER L'ANNÉE AU FORMAT AAAA (EX. : 1985)	
		ANNÉE	SALAIRE BRUT	
	21			
	22			
	23			
	24			
	25			
	26			
	27			
	28			
	29			
	30			
	31			
	32			
	33			
	34			
	35			
	36			
	37			
38				
39				
40				

(3) Liste du personnel de l'établissement										
	(3.09)	(3.10)	(3.11)	(3.12)	(3.13)	(3.14)				
C O D E . I D E N T I F I C A T I O N	Combien d'heures par semaine [NOM] travaille-t-il/elle habituellement dans cet établissement de santé ?	Combien d'heures par semaine [NOM] passe-t-il/elle habituellement à dispenser des soins médicaux directement à des patients ?	[NOM] a-t-il/elle aussi une clientèle privée ?	[NOM] est-il/elle présent(e) aujourd'hui ?	Pourriez-vous me dire pourquoi [NOM] n'est pas là aujourd'hui ? ► PROFESSIONNEL SUIVANT	Quels services assure [NOM] aujourd'hui ? ENQUÊTEUR : NOTER JUSQU'À 5 SERVICES. EN CAS DE SOINS PÉDIATRIQUES POSTNATALS ASSOCIÉS À DE LA PÉDIATRIE PRÉVENTIVE (EX. : VACCINATIONS), NOTER "03" POUR SOINS PÉDIATRIQUES POSTNATALS. SI MOINS DE 5 SERVICES, NOTE "98" POUR NON APPLICABLE				
					EN RECUPERATION 01	CONSULTATION PRÉNATALE 01				
					EN CONGÉ MALADIE 02	ACCOUCHEMENT 02				
					EN FORMATION 03	CONSULTATION POSTNATALE (enfant de ≤10 jours) 03				
					EN CONGÉ 04	CONSULTATION POSTNATALE (mere) 04				
					AUTRE ABSENCE AUTORISÉE 05	VACCINATION 05				
					EN RETARD 06	CONSULTATION CURATIVE DES < 5 ans 06				
					ABSENCE NON AUTORISÉE 07	CONSULTATION CURATIVE DE L'ADULTE 07				
						CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE (CDVVCT) 08				
						SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT 09				
					PREVENTION TRANSMISSION MERE-ENFANT VIH (PTME/PMTCT) 10					
					PLANIFICATION FAMILIALE 11					
					TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (ARV) 12					
					LABORATOIRE 13					
					SANTÉ COMMUNAUTAIRE 14					
					AUTRE, SPECIFIER 96					
	168 MAXI.	168 MAXI.	NON 2	NON 2		A.	B.	C.	D.	E.
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										

(4) Laboratoire		NOTER LA RÉPONSE			
PERSONNE INTERROGÉE : TECHNICIEN DE LABORATOIRE OU EMPLOYÉ LE MIEUX INFORMÉ					
CODE D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE INTERROGÉE DANS LA LISTE DU PERSONNEL					
(4.01)	L'établissement effectue-t-il des tests de laboratoire?	OUI NON	01 02	(5.01)	
(A) Analyses de laboratoire					
		(4.02)	(4.03)		(4.04)
		Pour chacune des analyses suivantes, dites-moi si vous êtes en mesure de la réaliser aujourd'hui, si vous étiez en mesure de la réaliser il y a 3 mois mais pas aujourd'hui, ou si vous n'êtes simplement pas en mesure de la réaliser (ni aujourd'hui, ni il y a 3 mois).	Combien d'analyses du type [...] ont été réalisées au cours des 3 derniers mois ?		ENQUÊTEUR : NOTER LA SOURCE D'INFORMATION. NOTER UNE RÉPONSE POUR CHAQUE ANALYSE.
		ENQUÊTEUR : NOTER UNE RÉPONSE POUR CHAQUE ANALYSE. PASSER A UNE AUTRE ANALYSE	ENQUÊTEUR : POUR ZÉRO, NOTER "0". NOTER UNE RÉPONSE POUR CHAQUE ANALYSE		
		En mesure de réaliser cette analyse aujourd'hui 01			DOSSIERS 01
		En mesure de réaliser cette analyse il y a 3 mois mais pas aujourd'hui 02			PAS DE DOSSIERS 02
		Pas en mesure de réaliser cette analyse, ni aujourd'hui ni il y a 3 mois 03			DISPONIBLES, INFO. ORALE
			MOIS 1	MOIS 2	MOIS 3
			TOTAL		
a.	Numération globules rouges et globules blancs				
b.	Estimation du taux d'hémoglobine (hématocrite)				
c.	Groupe sanguin et facteur Rhesus				
d.	Diagnostic paludisme (goutte épaisse et frottis)/test de diagnostic rapide				
e.	Diagnostic tuberculose par frottis				
f.	Coloration de Gram				
g.	Sérologie du VIH				
h.	Sérologie de la syphilis (RPR ou VDRL)				
i.	Protéines dans les urines (bandelettes)				
j.	Glucose dans les urines (bandelettes)				
k.	Test de grossesse				
l.	Glycémie sanguine				
m.	Recherche de parasites dans les selles				
n.	Recherche de sang ou globule rouge dans les selles				
o.	Tests de la fonction hépatique				
(B) Matériel de laboratoire					
NOTER LA RÉPONSE					
(4.05)	Où se trouve le matériel de laboratoire ?	Dans un laboratoire séparé	01		
		Dans une pièce également utilisée pour d'autres activités	02		
		Autre, spécifier:	96		
(4.06)	ENQUÊTEUR : NOTER LE NOMBRE D'APPAREILS EN ÉTAT DE MARCHÉ. NOTER UNE RÉPONSE POUR CHAQUE APPAREIL. NOTER "98" S'IL N'Y A PAS D'APPAREIL DISPONIBLE EN ÉTAT DE MARCHÉ.	a. Microscope			
		b. Centrifugeuse			
		c. Hémoglobinomètre			
		d. Réfrigérateur pour conserver les réactifs			

(5) Services			
PERSONNE INTERROGÉE : RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT OU EMPLOYÉ LE MIEUX INFORMÉ			
(A)	Services de vaccination	NOTER LA RÉPONSE	
(5.01)	Cet établissement assure-t-il des services de vaccination ?	OUI 1	2 ► (5.12)
		NON	
(5.02)	Au cours des 30 derniers jours, combien de jours les séances de vaccination ont-elles été organisées au centre de santé ?		
(5.03)	Des séances de vaccination des enfants ont-elles lieu régulièrement dans l'établissement ou sur le terrain ?	Dans l'établissement uniquement 01 Sur le terrain uniquement 02 Dans l'établissement et sur le terrain 03	
(5.05)	Au cours des 30 derniers jours, combien de jours l'équipe de l'établissement est-elle allée sur le terrain pour des séances de vaccination ?		
(5.06)	ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" SI L'ÉTABLISSEMENT POSSEDE CE MOYEN DE STOCKAGE, SINON "2".	a. Réfrigérateur à gaine réfrigérante b. Caisse isotherme c. Réfrigérateur d. Glacière porte-vaccins	
(5.07)	Des relevés de température sont-ils réalisés ? ENQUÊTEUR : SI OUI, DEMANDER À LES VOIR.	OUI, VUE 1 OUI, PAS VUE 2 NON 3 ► (5.10)	
(5.08)	Au cours des 7 derniers jours, combien de jours la température a-t-elle été relevée ?		
(5.09)	Au cours des 7 derniers jours, combien de jours la température relevée a-t-elle été supérieure à 8°C ou inférieure à 2°C ?		
(5.10)	Des fiches de vaccination sont-elles créées pour tout enfant commençant son programme de vaccination ?	OUI 1 NON 2 ► (5.12)	
(5.11)	Pourriez-vous me montrer quelques fiches de patients ?	VUES 1 PAS VUES 2 PAS VUES, les fiches sont données à la personne qui s'occupe de l'enfant, qui doit la rapporter à la consultation suivante 3	
(B)	Services de soins prénatals	NOTER LA RÉPONSE	
(5.12)	ENQUÊTEUR: D'APRES QUESTION 1.10, L'ÉTABLISSEMENT DISPENSE-T-IL DES SERVICES DE SOINS PRÉNATALS?	OUI 1 NON 2 ► (5.16)	
(5.13)	Au cours des 6 derniers mois, est-ce que le centre de santé a dispensé de façon routinière du fer ou acide folique lors des consultations prénatales ? ENQUÊTEUR: VÉRIFIER LES DOSSIERS OU REGISTRE DE CPN. NOTER LES RÉPONSES EN FONCTION DU FAIT QUE LES DOSSIERS ONT ÉTÉ VUS OU PAS VUS.	DOSSIERS VUS : Systématiquement 01 DOSSIERS VUS : Parfois 02 DOSSIERS VUS : Rarement ou jamais 03 DOSSIERS PAS VUS, INFO. ORALE : Systématiquement 04 DOSSIERS PAS VUS, INFO. ORALE : Parfois 05 DOSSIERS PAS VUS, INFO. ORALE : Rarement ou jamais 06	
(5.14)	Une fiche de suivi prénatal ou de maternité est-elle créée pour les femmes qui viennent aux consultations prénatales ?	OUI 1 NON 2 ► (5.16)	
(5.15)	Pourriez-vous me montrer quelques fiches de patients ?	VUES 1 PAS VUES 2 PAS VUES, les fiches sont données à la mère, qui doit la rapporter à la consultation suivante 3	

(C)	Services d'accouchement et postnatals	NOTER LA RÉPONSE
(5.16)	L'établissement assure-t-il des services d'accouchement?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (5.23)</div>
(5.22)	Au cours des 30 derniers jours, combien d'accouchements ont été effectués au centre de sante?	
(5.23)	L'établissement assure-t-il des services de soins postnatals ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (5.25)</div>
(5.24)	Au cours des 30 derniers jours, combien de jours l'établissement a-t-il assuré des consultations de soins postnatals (couple mere-enfant)?	30 JOURS MAXIMUM
(5.25)	Au cours des 12 derniers mois, combien de décès maternels dans l'établissement ont été enregistrés ? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES DOSSIERS. NE SAIS PAS: 98	
(5.26)	Au cours des 12 derniers mois, combien de décès maternels dans la communauté ont été enregistrés (sans ceux intervenus dans l'établissement) ? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES DOSSIERS. NE SAIS PAS: 98	

(6)	Système d'information sanitaire		NOTER LA RÉPONSE
PERSONNE INTERROGÉE : RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT OU EMPLOYÉ LE MIEUX INFORMÉ			
(6.01)	Avez-vous une estimation de la zone de rayonnement de ce centre de santé, c'est-à-dire le nombre d'habitants ciblés ou la population totale du secteur géographique desservi par cet établissement ?	OUI 1 NON 2 ► (6.03)	
(6.02)	Combien de personnes compte la [CATÉGORIE DE POPULATION] ?	a. Population totale b. Population masculine totale c. Population féminine totale d. Population féminine âgée de 15 à 49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer e. Population totale d'enfants de moins de 5 ans	
J'aimerais maintenant voir le registre montrant le nombre total de patients pris en charge dans cet établissement durant le dernier mois civil complet.			
"ENQUÊTEUR: POUR QUESTIONS (6.03-6.12), NOTER À PARTIR DU DERNIER MOIS CALENDRIER COMPLET. POUR LES QUESTIONS (6.03-6.08), SI CERTAINES CATEGORIES NE PEUVENT PAS ÊTRE IDENTIFIÉES À PARTIR DU REGISTRE, NOTER 'NE SAIS PAS....98' POUR CES CATEGORIES."			NOTER LA RÉPONSE
(6.03)	Nombre TOTAL de patients		
(6.04)	Nombre TOTAL de patients de sexe masculin		
(6.05)	Nombre TOTAL de patients de sexe féminin		
(6.06)	Nombre TOTAL de femmes enceintes		
(6.07)	Nombre TOTAL de patients de moins de 5 ans		
(6.08)	Nombre TOTAL de patients de moins de 1 an		
(6.09)	Rapport d'activités mensuel	VU 1 PAS VU 2	
(6.10)	Rapport sur les maladies à déclaration obligatoire	VU 1 PAS VU 2	
(6.11)	Rapport sur la couverture vaccinale	VU 1 PAS VU 2	
(6.12)	Registre de planification familiale	VU 1 PAS VU 2	

(7) Utilisation des services de santé d'après le système d'information sanitaire

PERSONNE INTERROGÉE : RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT OU EMPLOYÉ LE MIEUX INFORMÉ

J'aimerais vous poser quelques questions sur les services de santé disponibles.

ASK QUESTIONS (7.01) TO (7.03) FOR EACH SERVICE BEFORE MOVING TO NEXT SERVICE.	(7.01) Cet établissement propose-t-il les services suivants?	(7.02) Quel est le prix total facturé en monnaie pour ce type de service ? ENQUÊTEUR : SI GRATUIT, NOTER "0"	(7.03) ENQUÊTEUR : POUR CHAQUE SERVICE, NOTER LE NOMBRE TOTAL DES PATIENTS INSCRITS DANS LE REGISTRE, POUR LES 3 DERNIERS MOIS AYANT PRÉCÉDÉ LE MOIS DE L'ENQUÊTE (EX. : SI L'ON EST LE 13 SEPTEMBRE, NOTER LES PATIENTS POUR LA PÉRIODE DU 1ER JUIN AU 31 AOÛT POUR AVOIR 3 MOIS COMPLETS).			
SERVICES	OUI.....1 NON.....2	FRW	UNITÉ	MOIS 1	MOIS 2	MOIS 3
Planification familiale/santé procréative						
a. Pilule contraceptive			par consultation initiale			
b. Injection			par consultation			
c. Pose implant			par pose			
d. Préservatifs masculins			par consultation			
e. Pose stérilet			par pose			
f. Stérilisation féminine			par opération			
g. Stérilisation masculine			par opération			
Soins prénatals						
h. Soins prénatals			par consultation			
Accouchement en milieu médical						
i. Accouchement simple par voie basse			par accouchement			
j. Césarienne			par accouchement			
k. Accouchement assisté (forceps, ventouse)			par accouchement			
l. Soins postnatals			par consultation			
Vaccination						
m. Bacille Calmette-Guérin (BCG)			par injection			
n. Pentavalent, 1e injection (DCT, hépatite B, Hemophilus influenzae B)			par injection			
o. Pentavalent, 2e injection (DCT, hépatite B, Hemophilus influenzae B)						
p. Pentavalent, 3e injection (DCT, hépatite B, Hemophilus influenzae B)						
q. Anti-polio 0			par prise			
r. Anti-polio 1						
s. Anti-polio 2						
t. Anti-polio 3						
u. Antirougeoleux, 1e injection (<1 an)			par injection			
v. Anti-tétanique aux femmes enceintes			par injection			
aa. Anti-pneumocoque, 1e injection			par injection			
ab. Anti-pneumocoque, 2e injection						
ac. Anti-pneumocoque, 3e injection						
ad. Rotavirus, 1e injection			par injection			
ae. Rotavirus, 2e injection						
af. Rotavirus, 3e injection						

ASK QUESTIONS (7.01) TO (7.03) FOR EACH SERVICE BEFORE MOVING TO NEXT SERVICE.	(7.01)	(7.02)		(7.03)		
	Cet établissement propose-t-il les services suivants?	Quel est le prix total facturé en Frw pour ce type de service (pour un patient privé) ? ENQUÊTEUR : SI GRATUIT, NOTER "0"		ENQUÊTEUR : POUR CHAQUE SERVICE, NOTER LE NOMBRE TOTAL DES PATIENTS INSCRITS DANS LE REGISTRE, POUR LES 3 DERNIERS MOIS AYANT PRÉCÉDÉ LE MOIS DE L'ENQUÊTE (EX. : SI L'ON EST LE 13 SEPTEMBRE, NOTER LES PATIENTS POUR LA PÉRIODE DU 1ER JUIN AU 31 AOÛT POUR AVOIR 3 MOIS COMPLETS).		
	OUI.....1					
	NON.....2					
SERVICES		FRW	UNITÉ	MOIS 1 HOP	MOIS 2 HOP	MOIS 3 HOP
Soins curatifs et préventifs						
ad. Soins curatifs			par consultation			
ae. Suivi de la croissance et conseils nutritionnels pour les enfants			par consultation			
Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles						
aj. Traitement des maladies sexuellement transmissibles			par traitement			
Prise en charge du VIH/sida						
ak. Conseil et dépistage volontaires			par consultation			
al. Prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (PTME)			par consultation			
am. Traitement antirétroviral (TAR)			par consultation			
Autre services						
an. Soins d'urgence 24h/24			par consultation			
ao. Hospitalisation			par jour			
a. Transfert en ambulance vers un autre établissement			par transfert			

(8) Observation directe			
ENQUÊTEUR : IL N'Y A PAS DE PERSONNE À INTERROGER POUR CETTE PARTIE DU QUESTIONNAIRE. APRÈS EN AVOIR DEMANDÉ L'AUTORISATION, VOUS ALLEZ VOUS PROMENER DANS L'ÉTABLISSEMENT ET OBSERVER LES ASPECTS ÉTUDIÉS DANS CETTE PARTIE.			
(A)	Généralités	NOTER LA RÉPONSE	
(8.01)	Y a-t-il une salle d'attente dans cet établissement ? ENQUÊTEUR : S'EN ASSURER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(8.02)	Y a-t-il une salle dans cet établissement où les consultations peuvent se dérouler sans que tout le monde voie et entende ce qui se passe ? ENQUÊTEUR : S'EN ASSURER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(8.03)	Y a-t-il une salle de petite chirurgie dans cet établissement ? ENQUÊTEUR : S'EN ASSURER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(8.04)	Y a-t-il des lits d'observation dans cet établissement ? ENQUÊTEUR : S'EN ASSURER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2 ► (8.06)
(8.05)	ENQUÊTEUR : NOTER LE NOMBRE DE LITS D'OBSERVATION VUS. POUR ZÉRO, NOTER "0".		
(8.06)	Y a-t-il des salles d'hospitalisation séparées pour les hommes et les femmes dans cet établissement ? ENQUÊTEUR : S'EN ASSURER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2 ► (8.08)
(8.07)	Nombre de lits pour les patients hospitalisés. ENQUÊTEUR : S'EN ASSURER PAR OBSERVATION DIRECTE.		
(8.08)	Y a-t-il des toilettes en service accessibles aux patients ? ENQUÊTEUR : S'EN ASSURER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2 ► (8.10)
(8.09)	Y a-t-il des toilettes séparées pour les patients hommes et femmes ? ENQUÊTEUR : S'EN ASSURER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(8.10)	Y a-t-il des lits prévus pour les agents de santé qui font des gardes en dehors des horaires normaux, par ex. la nuit ? ENQUÊTEUR : S'EN ASSURER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2

(B)	Protocoles nationaux	NOTER LA RÉPONSE
ENQUÊTEUR : DEMANDER AU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT OU À L'EMPLOYÉ LE MIEUX INFORMÉ DE VOIR LES PROTOCOLES DE SOINS CLINIQUES. POUR CHACUN DES ÉLÉMENTS SUIVANTS, NOTER SI VOUS AVEZ VU OU PAS VU LE PROTOCOLE, LES DIRECTIVES OU LES MATÉRIELS.		
(8.11)	Matériel d'information des patients (IEC)	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.12)	Brochure ou poster sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.13)	Diagrammes de suivi de la croissance	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.14)	Protocole national sur le diagnostic et le traitement du paludisme (hors PCIME)	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.15)	Protocole national sur le diagnostic et le traitement de la diarrhée (hors PCIME)	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.16)	Protocole national sur la vaccination des enfants	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.17)	Protocole national sur les services de santé procréative/planification familiale	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.18)	Normes nationales en matière de soins prénatals	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.19)	Prise en charge du travail et de l'accouchement	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.20)	Normes nationales en matière de soins aux nouveau-nés	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.21)	Normes nationales en matière de soins post-partum	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.22)	Directives relatives à la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST)	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.23)	Directives relatives à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.24)	Directives relatives au traitement du VIH (traitement antirétroviral, ARV)	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.25)	Directives relatives au traitement du VIH chez les enfants et les nourrissons (traitement antirétroviral, ARV)	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>
(8.26)	Liste nationale des médicaments essentiels	<div>VUES 1</div> <div>PAS VUES 2</div>

(9)	Matériel (observation directe)	
<p>ENQUÊTEUR : IL N'Y A PAS DE PERSONNE À INTERROGER POUR CETTE PARTIE DU QUESTIONNAIRE. APRÈS EN AVOIR DEMANDÉ L'AUTORISATION, VOUS ALLEZ VOUS PROMENER DANS L'ÉTABLISSEMENT ET OBSERVER LES ASPECTS ÉTUDIÉS DANS CETTE PARTIE.</p>		
	Matériel général	NOTER LA RÉPONSE
(9.01)	NOTER LA QUANTITÉ POUR CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER "98" S'IL N'Y A PAS DE MATÉRIEL DISPONIBLE EN ÉTAT DE MARCHÉ	QUANTITÉ DISPONIBLE ET EN ÉTAT DE MARCHÉ
a.	Chronomètre ou horloge avec trotteuse	
b.	Pèse-personne pour enfant	
c.	Toise	
d.	Mètre-ruban	
e.	Pèse-personne pour adulte	
f.	Tensiomètre	
g.	Thermomètre	
h.	Stéthoscope	
i.	Foetoscope	
j.	Otoscope	
k.	Appareil de succion/aspiration	
l.	Bouteille à oxygène	
m.	Ballon insufflateur pour adulte	
n.	Incubateur	
o.	Porte-perfusion	
p.	Lampe torche	
q.	Brancard	
r.	Chaise roulante	
s.	Sonde urinaire	
t.	Table/lit d'examen	
u.	Solution antiseptique	
	Matériel de stérilisation	NOTER LA RÉPONSE
(9.02)	NOTER LA QUANTITÉ POUR CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER "98" S'IL N'Y A PAS DE MATÉRIEL DISPONIBLE EN ÉTAT DE MARCHÉ	QUANTITÉ DISPONIBLE ET EN ÉTAT DE MARCHÉ
a.	Autoclave électrique (pression et chaleur humide)	
b.	Autoclave non électrique (pression et chaleur humide)	
c.	Stérilisateur électrique à chaleur sèche	
d.	Bouilloire électrique ou étuvier (pas de pression)	
e.	Marmite (non électrique) avec couvercle	
f.	Source de chaleur pour matériel non électrique	
g.	Minuteur (PEUT ÊTRE SUR LE MATÉRIEL)	
h.	Papier testeur pour stérilisation	

Matériel de vaccination		NOTER LA RÉPONSE
(9.03)	NOTER LA QUANTITÉ POUR CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER "98" S'IL N'Y A PAS DE MATÉRIEL DISPONIBLE EN ÉTAT DE MARCHE	QUANTITÉ DISPONIBLE ET EN ÉTAT DE MARCHE
a.	Thermomètre à vaccins	
b.	Caisse isotherme/glacière porte-vaccins	
c.	Réfrigérateur	
Matériel d'accouchement et de soins néonataux		NOTER LA RÉPONSE
(9.04)	NOTER LA QUANTITÉ POUR CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER "98" S'IL N'Y A PAS DE MATÉRIEL DISPONIBLE EN ÉTAT DE MARCHE	QUANTITÉ DISPONIBLE ET EN ÉTAT DE MARCHE
a.	Table/lit d'accouchement	
b.	Partographe	
c.	Lampe d'accouchement	
d.	Poire d'aspiration	
e.	Ballon insufflateur pour nouveau-né	
f.	Collyre ou pommade ophtalmique pour nouveau-né	
g.	Matériel de perfusion intraveineuse	
h.	Solutions intraveineuses, notamment sérum physiologique et Ringer lactate	
h.	Aiguilles ou canules intraveineuses	
i.	Matériel de suture	
p.	Gants stériles	
j.	Savonnette ou savon liquide	
t.	Plateau stérile	
k.	Récipient en plastique contenant un sac en plastique pour jeter le placenta	
v.	Récipient en plastique contenant un sac en plastique pour jeter les déchets	
l.	Cuvette en acier	
m.	Tablier de protection et alèse plastifiée	
n.	Garrot	
o.	Champs stériles (une pour recevoir le bébé, une pour la gestion active)	
p.	Pince artérielle	
q.	Pince à pansement	
r.	Pince utérine	
s.	Porte-aiguille	
t.	Seringues et aiguilles à usage unique	
u.	Spéculum vaginal	
v.	Kit dilation & curetage	
w.	Canule de Guedel, pour nouveau-né, enfant et adulte (intubation)	
y.	Serviettes hygiéniques	
z.	Kit d'accouchement	
ax.	Kit de réanimation du nouveau-né	

(10) Médicaments et vaccins : entreposage et disponibilité			
PERSONNE INTERROGÉE : PHARMACIEN, RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT OU EMPLOYÉ LE MIEUX INFORMÉ			
J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur l'entreposage et la disponibilité des médicaments dans cet établissement.			
(10.01)	Pouvez-vous m'emmener à l'endroit où les médicaments sont entreposés dans cet établissement ?	OUI, VUE	1
		OUI, PAS VUE	2
		NON, IL N'Y A PAS DE LIEU PARTICULIER	3
		(11.01) ►	
(10.02)	ENQUÊTEUR : EST-CE UN LOCAL SÉPARÉ DU RESTE DE L'ÉTABLISSEMENT ?	OUI	1
		NON	2
(10.03)	Cette pharmacie sert-elle uniquement à entreposer et délivrer les médicaments, ou est-elle utilisée à d'autres usages ?	Uniquement pour entreposer et délivrer les médicaments	01
		Utilisée aussi à d'autres usages	02
(10.04)	Les fenêtres et les portes peuvent-elles être verrouillées pour sécuriser la pharmacie ?	OUI	1
		NON	2
(10.05)	ENQUÊTEUR : L'ENDROIT OÙ LES MÉDICAMENTS SONT ENTREPOSÉS A-T-IL L'AIR PROPRE, PARTIELLEMENT SALE, OU SALE ?	PROPRE	01
		PARTIELLEMENT SALE	02
		SALE	03
(10.06)	ENQUÊTEUR : LE PLAFOND, LES MURS, LES SOLS ET LES FENÊTRES ONT-ILS L'AIR SECS ET SANS TRACES D'INFILTRATIONS D'EAU ?	SECS, PAS DE TRACES D'INFILTRATIONS D'EAU	01
		SECS, MAIS IL Y A DES TRACES D'INFILTRATIONS D'EAU	02
		IL Y A DE L'HUMIDITÉ / DE L'EAU	03
(10.07)	ENQUÊTEUR : LES FENÊTRES SONT-ELLES OPAQUES POUR EMPÊCHER LE SOLEIL DE RENTRER ?	FENÊTRES OPAQUE	01
		FENÊTRES NON OPAQUE	02
		PAS DE FENÊTRES	03
(10.08)	ENQUÊTEUR : LES MÉDICAMENTS SONT-ILS ENTREPOSÉS SUR UNE PLATEFORME SURÉLEVÉE ?	OUI	1
		NON	2
(10.09)	La pharmacie tient-elle des fiches d'inventaire ou un registre des stocks ? ENQUÊTEUR : SI OUI, DEMANDER À VOIR LES FICHES OU LE REGISTRE.	OUI, VUE	1
		OUI, PAS VUE	2
		NON	3

POUR CHAQUE MEDICAMENT, POSEZ LA QUESTION (10.10) A (10.13)					
	(10.10)	(10.11)	(10.12)	(10.13)	
	Quel est le dosage du/de la [MÉDICAMENT] en stock ?	Combien facturez-vous aux patients pour une dose de [MÉDICAMENT] en Frw ?	Ce [MÉDICAMENT] est-il disponible en ce moment ?	Au cours des 30 derniers jours, ce médicament a-t-il été en rupture de stock ?	
			OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	
			► MÉDICAMENT SUIVANT	► MÉDICAMENT SUIVANT	
Médicaments généraux					
a.	Pommade ophtalmique à la tétracycline				
b.	Paracétamol en comprimés (Panadol)	_____ mg			
c.	Amoxicilline (comprimés ou gélules)	_____ mg			
d.	Amoxicilline (sirop)				
e.	Sachets de sels de réhydratation orale (SRO)	1 sachet			
f.	Fer en comprimés (avec ou sans acide folique)	1 comprimé			
g.	Acide folique en comprimés	1 comprimé			
h.	Antibiotiques autres que l'amoxicilline	_____ mg			
i.	Vitamine A	1 gélule			
j.	Mé bendazole	_____ mg			
Planification familiale					
k.	Préservatifs (masculins et féminins)	1 unité			
l.	Pilule contraceptive	Plaquette pour 28 jours			
m.	Acétate de médoroxyprogesterone retard (AMPR)	1 unité			
n.	Implant Jadelle	1 unité			
o.	Stérilet	1 unité			
Paludisme					
p.	Quinine	1 comprimé			
q.	Polythérapie à base d'artémisinine (fansidar + artésunate) / coartem	1 comprimé			

POUR CHAQUE MÉDICAMENT, POSEZ LA QUESTION (10.10) A (10.13)					
		(10.10)	(10.11)	(10.12)	(10.13)
		Quel est le dosage du/de la [MÉDICAMENT] en stock ?	Combien facturez-vous aux patients pour une dose de [MÉDICAMENT] en monnaie ?	Ce [MÉDICAMENT] est-il disponible en ce moment ?	Au cours des 30 derniers jours, ce médicament a-t-il été en rupture de stock ?
				OUI 1 NON 2 ► MÉDICAMENT SUIVANT	OUI 1 NON 2 ► MÉDICAMENT SUIVANT
Soins obstétricaux d'urgence					
r.	Sulfate de magnésium				
s.	Injection de diazépam				
t.	Misoprostol				
u.	Ocytocine				
Vaccins					
v.	Bacille Calmette-Guérin (BCG)	1 dose			
w.	Vaccin anti-polio oral	1 dose			
x.	Vaccin anti-tétanique	1 dose			
y.	Diphtérie-coqueluche-tétanos (DCT)	1 dose			
z.	Vaccin tétravalent anti-hépatite B	1 dose			
aa.	Vaccin anti-rougeole	1 dose			
ab.	Vaccin anti-HiB	1 dose			
ac.	Vaccin pentavalent (DCT, hépatite B, Hemophilus influenzae B)	1 dose			
Kits de diagnostic					
ad.	Test de grossesse	1 unité			
ae.	Test RPR (rapid plasma reagin) de diagnostic de la syphilis	1 unité			
af.	Kit d'albuminurie et de glycosurie (bandelettes)	1 unité			

(11)	CPBF et agent de santé communautaire	NOTER LA RÉPONSE																						
(11.01)	Combien d'agents de santé communautaires sont actuellement en activité dans la zone de rayonnement du centre de sante?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="827 232 1640 269">a.</td> <td data-bbox="1640 232 1770 269">FEMMES</td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 269 1640 305">b.</td> <td data-bbox="1640 269 1770 305">HOMMES</td> </tr> </table>	a.	FEMMES	b.	HOMMES																		
a.	FEMMES																							
b.	HOMMES																							
(11.02)	Le centre de santé a-t-il un agent d'encadrement de santé communautaire spécialement désigné ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="827 313 1640 350">OUI</td> <td data-bbox="1640 313 1770 350">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 350 1640 386">NON</td> <td data-bbox="1640 350 1770 386">2 ► (11.04)</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2 ► (11.04)																		
OUI	1																							
NON	2 ► (11.04)																							
(11.03)	Combien d'agents d'encadrement de santé communautaire travaillent dans ce centre de sante?																							
(11.04)	Au cours des 3 derniers mois, combien de visite de supervisions des agents de sante communautaire ce centre de sante a effectue?																							
(11.05)	Avez-vous deja entendu parle du financement base sur la performance au niveau communautaire?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="827 540 1640 578">OUI</td> <td data-bbox="1640 540 1770 578">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 578 1640 613">NON</td> <td data-bbox="1640 578 1770 613">2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2																		
OUI	1																							
NON	2																							
(11.06)	<p>Est-ce que les indicateurs suivants sont payes aux agents de sante communautaire dans le cadre du programme de financement base sur la performance au niveau communautaire:</p> <p>ENQUETEUR: LIRE A HAUTE VOIX LES REPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ENTRE ELLES, NOTER "1" POUR OUI" "2" POUR NON, "96" POUR NE SAIT PAS</p>	<table border="1"> <tr><td data-bbox="827 621 1640 659">a. Rapport trimestrielle (completude, a temps et correct)</td><td data-bbox="1640 621 1770 659"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 659 1640 696">b. Accompagnement/reference pour une consultation prenatale ≤ 4 premiers mois de grossesse</td><td data-bbox="1640 659 1770 696"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 696 1640 734">c. Accompagnement/reference pour un accouchement dans une formation sanitaire</td><td data-bbox="1640 696 1770 734"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 734 1640 771">d. Reference des nouvelles utilisatrices de la consultations familiale</td><td data-bbox="1640 734 1770 771"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 771 1640 808">e. Nombre d'utilisatrices regulieres de la planification familiale</td><td data-bbox="1640 771 1770 808"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 808 1640 846">f. Accompagnement/reference pour une consultation dans les 10 premiers jours apres la naissance</td><td data-bbox="1640 808 1770 846"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 846 1640 883">g. Nombre de suspect TB référé par les ASCs et Confirmés par le CS</td><td data-bbox="1640 846 1770 883"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 883 1640 920">h. Nombre de cas TB suivi par les ASCs</td><td data-bbox="1640 883 1770 920"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 920 1640 958">i. Nombre des couples accompagnent au CS pour PMTCT</td><td data-bbox="1640 920 1770 958"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 958 1640 995">j. Nombre des ménages ou familles accompagnés au CS pour VCT par les ASC</td><td data-bbox="1640 958 1770 995"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 995 1640 1044">k. Nombre d'enfants suivis pour la nutrition de 6-59 mois dans la communauté</td><td data-bbox="1640 995 1770 1044"></td></tr> </table>	a. Rapport trimestrielle (completude, a temps et correct)		b. Accompagnement/reference pour une consultation prenatale ≤ 4 premiers mois de grossesse		c. Accompagnement/reference pour un accouchement dans une formation sanitaire		d. Reference des nouvelles utilisatrices de la consultations familiale		e. Nombre d'utilisatrices regulieres de la planification familiale		f. Accompagnement/reference pour une consultation dans les 10 premiers jours apres la naissance		g. Nombre de suspect TB référé par les ASCs et Confirmés par le CS		h. Nombre de cas TB suivi par les ASCs		i. Nombre des couples accompagnent au CS pour PMTCT		j. Nombre des ménages ou familles accompagnés au CS pour VCT par les ASC		k. Nombre d'enfants suivis pour la nutrition de 6-59 mois dans la communauté	
a. Rapport trimestrielle (completude, a temps et correct)																								
b. Accompagnement/reference pour une consultation prenatale ≤ 4 premiers mois de grossesse																								
c. Accompagnement/reference pour un accouchement dans une formation sanitaire																								
d. Reference des nouvelles utilisatrices de la consultations familiale																								
e. Nombre d'utilisatrices regulieres de la planification familiale																								
f. Accompagnement/reference pour une consultation dans les 10 premiers jours apres la naissance																								
g. Nombre de suspect TB référé par les ASCs et Confirmés par le CS																								
h. Nombre de cas TB suivi par les ASCs																								
i. Nombre des couples accompagnent au CS pour PMTCT																								
j. Nombre des ménages ou familles accompagnés au CS pour VCT par les ASC																								
k. Nombre d'enfants suivis pour la nutrition de 6-59 mois dans la communauté																								
(11.07)	<p>Au cours des 3 derniers mois, combien de patients les agents de sante commuautaire vous ont transferes?</p> <p>ENQUETEUR: DEMANDER LE REGISTRE POUR CES INFORMATIONS</p>	<table border="1"> <tr><td data-bbox="827 1052 1640 1089">a. Nombre de femmes accompagnees/referees pour une consultation prenatale ≤ 4 premiers mois de grossesse</td><td data-bbox="1640 1052 1770 1089"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 1089 1640 1127">b. Nombre de femmes accompagnees/referees pour un accouchement dans une formation sanitaire</td><td data-bbox="1640 1089 1770 1127"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 1127 1640 1164">c. Nombre de nouvelles utilisatrices de la consultations familiale</td><td data-bbox="1640 1127 1770 1164"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 1164 1640 1201">d. Nombre d'utilisatrices regulieres de la planification familiale</td><td data-bbox="1640 1164 1770 1201"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 1201 1640 1239">e. Nombre de femmes pour la consultation postnatale dans les 10 premiers jours apres la naissance</td><td data-bbox="1640 1201 1770 1239"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 1239 1640 1276">f. Nombre de suspect TB référé par les ASCs et Confirmés par le CS</td><td data-bbox="1640 1239 1770 1276"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 1276 1640 1313">g. Nombre de cas TB suivi par les ASCs</td><td data-bbox="1640 1276 1770 1313"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 1313 1640 1351">h. Nombre des couples accompagnent au CS pour PMTCT</td><td data-bbox="1640 1313 1770 1351"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 1351 1640 1388">i. Nombre des ménages ou familles accompagnés au CS pour VCT par les ASC</td><td data-bbox="1640 1351 1770 1388"></td></tr> <tr><td data-bbox="827 1388 1640 1442">j. Nombre d'enfants suivis pour la nutrition de 6-59 mois dans la communauté</td><td data-bbox="1640 1388 1770 1442"></td></tr> </table>	a. Nombre de femmes accompagnees/referees pour une consultation prenatale ≤ 4 premiers mois de grossesse		b. Nombre de femmes accompagnees/referees pour un accouchement dans une formation sanitaire		c. Nombre de nouvelles utilisatrices de la consultations familiale		d. Nombre d'utilisatrices regulieres de la planification familiale		e. Nombre de femmes pour la consultation postnatale dans les 10 premiers jours apres la naissance		f. Nombre de suspect TB référé par les ASCs et Confirmés par le CS		g. Nombre de cas TB suivi par les ASCs		h. Nombre des couples accompagnent au CS pour PMTCT		i. Nombre des ménages ou familles accompagnés au CS pour VCT par les ASC		j. Nombre d'enfants suivis pour la nutrition de 6-59 mois dans la communauté			
a. Nombre de femmes accompagnees/referees pour une consultation prenatale ≤ 4 premiers mois de grossesse																								
b. Nombre de femmes accompagnees/referees pour un accouchement dans une formation sanitaire																								
c. Nombre de nouvelles utilisatrices de la consultations familiale																								
d. Nombre d'utilisatrices regulieres de la planification familiale																								
e. Nombre de femmes pour la consultation postnatale dans les 10 premiers jours apres la naissance																								
f. Nombre de suspect TB référé par les ASCs et Confirmés par le CS																								
g. Nombre de cas TB suivi par les ASCs																								
h. Nombre des couples accompagnent au CS pour PMTCT																								
i. Nombre des ménages ou familles accompagnés au CS pour VCT par les ASC																								
j. Nombre d'enfants suivis pour la nutrition de 6-59 mois dans la communauté																								

(11)	CPBF et agent de santé communautaire	NOTER LA RÉPONSE		
(11.08)	Depuis Janvier 2011, avez-vous observez une augmentation des patients qui viennent consulter votre centre de sante pour les services suivants: ENQUETEUR: MARQUER OUI OU NON POUR CHACUNE DES OPTIONS DE REPONSES Oui.....1, Non.....2	a. Consultation prenatale dans les ≤ 4 premiers mois de grossesse b. Pour un accouchement dans une formation sanitaire c. Nouvelles utilisatrices de la consultations familiale d. Utilisatrices regulieres de la planification familiale e. Suspect TB référé par les ASCs et Confirmés par le CS f. Cas TB suivi par les ASCs g. Couples accompagnés au CS pour PMTCT h. Ménages ou familles accompagnés au CS pour VCT par les ASC i. Enfants suivis pour la nutrition de 6-59 mois dans la communauté		
	(11.09)	Depuis Janvier 2013, combien de rapport (s) trimestriel (s) <u>bien fait</u> (cad complet, remis a temps et exact) la cooperative des agents de sante communautaire vous a-t-elle transmis?	RAPPORT VUS : Complet systematiquement 01	
		RAPPORT VUS : Complet Parfois 02		
		RAPPORT VUS : Complet Rarement ou jamais 03		
		RAPPORT PAS VUS, INFO. ORALE : Complet systematiquement 04		
		RAPPORT PAS VUS, INFO. ORALE : Complet parfois 05		
		RAPPORT PAS VUS, INFO. ORALE : Complet rarement ou jamais 06		
	(11.10)	D'habitude, est-ce que votre centre de sante donne des cadeaux aux femmes qui viennent pour les services suivants: ENQUETEUR: MARQUER OUI OU NON POUR CHACUNE DES OPTIONS DE REPONSES Oui.....1 Non.....2	a. Pour la consultation prenatale dans les 4 premiers mois de la grossesse b. Pour un accouchement dans ce centre de sante c. Pour la consultation postnatale dans les 10 jours apres la naissance d. Autre, preciser	
		(11.11)	Depuis Janvier 2011, avez-vous deja eu des ruptures de stocks des cadeaux a distribuer aux femmes eligibles?	OUI 1 NON 2 ► (11.14)
			(11.12)	Au cours des 6 derniers mois, a quelle frequence avez-vous eu des ruptures de stocks:
(11.13)		Quelle la principale raison de ruptures de stocks:		DISPONIBILITE DES FONDS PBF 01 PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT 02 FOURNISSEUR TRaine A LIVRER 03 AUTRE,SPECIFIER 96

(11)	CPBF et agent de santé communautaire			NOTER LA RÉPONSE	
(11.14)	Sur base de votre expérience, la distribution des cadeaux aux femmes est administrativement:	TROP LOURD 01 LOURD 02 PAS DU TOUT LOURD 03	► (11.16)		
(11.15)	Quelle la principale raison qui pourrait expliquer cette lourdeur administrative:	PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT (PROCUREMENT) 01 PROCESSUS DE DISTRIBUTION 02 STOCKAGE 03 AUTRE, SPECIFIER 96			
Je vais vous lire deux affirmations concernant le travail accompli par les agents de santé communautaire. Dites-moi si vous êtes d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, ou pas d'accord avec chaque affirmation.					
		D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	NOTER LA RÉPONSE
(11.16)	Les agents de santé communautaire rendent des services utiles a votre centre de sante.	1	2	3	
(11.17)	Les agents de santé communautaire rendent des services utiles a leur communauté.	1	2	3	
(11.18)	Les agents de santé communautaire fournissent des services de bonne qualité a leur communauté.	1	2	3	