



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 SECTEUR	CODE SECTEUR

NOM SECTEUR	CODE SECTEUR

NOM SECTEUR	CODE SECTEUR

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

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

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 medical	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 SANTE</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 CONFESIONNELS</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 SANTE		b.	FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS		c.	VENTES DE MÉDICAMENTS		d.	ORGANISME CONFESIONNELS		e.	SOCIÉTÉ PRIVÉE		f.	DONATEUR		g.	ASSURANCE MALADIE		h.	AUTRE, PRÉCISER :	
a.	MINISTÈRE DE LA SANTE																									
b.	FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS																									
c.	VENTES DE MÉDICAMENTS																									
d.	ORGANISME CONFESIONNELS																									
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 SANTE</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 CONFESIONNELS</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 SANTE		b.	FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS		c.	VENTES DE MÉDICAMENTS		d.	ORGANISME CONFESIONNELS		e.	SOCIÉTÉ PRIVÉE		f.	DONATEUR		g.	ASSURANCE MALADIE		h.	AUTRE, PRÉCISER :	
a.	MINISTÈRE DE LA SANTE																									
b.	FRAIS PAYÉS PAR LES PATIENTS																									
c.	VENTES DE MÉDICAMENTS																									
d.	ORGANISME CONFESIONNELS																									
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>	<p>FRW</p>																								
(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 SANTE</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 SANTE	02		PAS DE SOURCE : INFORMATION ORALE	03		AUTRE, PRÉCISER :	96													
COMPTES OFFICIELS	01																									
DOSSIERS DU CENTRE DE SANTE	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</td><td>(1.18)</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>	<p>FRW</p>																								

(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 SANTE 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 Canalisation 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)?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="821 159 1493 196">OUI, UNE LIGNE DE TÉLÉPHONIE FIXE</td> <td data-bbox="1493 159 1633 196">01 ► (1.29)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 196 1493 233">OUI, UNE LIGNE DE TÉLÉPHONIE MOBILE</td> <td data-bbox="1493 196 1633 233">02 ► (1.29)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 233 1493 271">OUI, LES DEUX</td> <td data-bbox="1493 233 1633 271">03 ► (1.29)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 271 1493 305">NON</td> <td data-bbox="1493 271 1633 305">04</td> </tr> </table>	OUI, UNE LIGNE DE TÉLÉPHONIE FIXE	01 ► (1.29)	OUI, UNE LIGNE DE TÉLÉPHONIE MOBILE	02 ► (1.29)	OUI, LES DEUX	03 ► (1.29)	NON	04												
OUI, UNE LIGNE DE TÉLÉPHONIE FIXE	01 ► (1.29)																					
OUI, UNE LIGNE DE TÉLÉPHONIE MOBILE	02 ► (1.29)																					
OUI, LES DEUX	03 ► (1.29)																					
NON	04																					
(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?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="821 305 1493 358">OUI</td> <td data-bbox="1493 305 1633 358">01</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 358 1493 427">NON</td> <td data-bbox="1493 358 1633 427">02 ► (1.31)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (1.31)																
OUI	01																					
NON	02 ► (1.31)																					
(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) ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="821 467 1493 505">OUI</td> <td data-bbox="1493 467 1633 505">01</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 505 1493 537">NON</td> <td data-bbox="1493 505 1633 537">02 ► (1.31)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (1.31)																
OUI	01																					
NON	02 ► (1.31)																					
(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 ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="821 602 1493 639">OUI</td> <td data-bbox="1493 602 1633 639">01</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 639 1493 672">NON</td> <td data-bbox="1493 639 1633 672">02</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02																
OUI	01																					
NON	02																					
(1.32)	Ce centre de santé réfère-t-il des patients à d'autres formations sanitaires ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="821 672 1493 709">OUI</td> <td data-bbox="1493 672 1633 709">01</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 709 1493 742">NON</td> <td data-bbox="1493 709 1633 742">02 ► (1.34)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (1.34)																
OUI	01																					
NON	02 ► (1.34)																					
(1.33)	<p>Où les patients du centre de santé sont-ils référés pour :</p> <p>ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER LES CODES SUIVANTS :</p> <p>Hôpital1</p> <p>Un autre centre de santé...2</p> <p>Sans objet.....3</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="821 742 1493 779">a. Des analyses médicales</td> <td data-bbox="1493 742 1633 779"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 779 1493 816">b. Un examen radiologique</td> <td data-bbox="1493 779 1633 816"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 816 1493 854">c. Une hospitalisation</td> <td data-bbox="1493 816 1633 854"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 854 1493 891">d. Une consultation spécialisée</td> <td data-bbox="1493 854 1633 891"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 891 1493 928">e. Un acte chirurgical</td> <td data-bbox="1493 891 1633 928"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 928 1493 966">f. Un accouchement simple</td> <td data-bbox="1493 928 1633 966"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 966 1493 1003">g. Un accouchement compliqué</td> <td data-bbox="1493 966 1633 1003"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1003 1493 1066">h. Autre, spécifier:</td> <td data-bbox="1493 1003 1633 1066"></td> </tr> </table>	a. Des analyses médicales		b. Un examen radiologique		c. Une hospitalisation		d. Une consultation spécialisée		e. Un acte chirurgical		f. Un accouchement simple		g. Un accouchement compliqué		h. Autre, spécifier:					
a. Des analyses médicales																						
b. Un examen radiologique																						
c. Une hospitalisation																						
d. Une consultation spécialisée																						
e. Un acte chirurgical																						
f. Un accouchement simple																						
g. Un accouchement compliqué																						
h. Autre, spécifier:																						
(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) ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="821 1066 1493 1104">OUI</td> <td data-bbox="1493 1066 1633 1104">01</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1104 1493 1136">NON</td> <td data-bbox="1493 1104 1633 1136">02 ► (1.38)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (1.38)																
OUI	01																					
NON	02 ► (1.38)																					
(1.35)	<p>À combien de [VÉHICULES] en état de marche le centre de santé a-t-il accès ?</p> <p>ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER LE NOMBRE DE VÉHICULES EN ÉTAT DE MARCHE DISPONIBLES. POUR ZÉRO, NOTER "00".</p> <p>*APPARTENANT À* SIGNIFIE APPARTENANT AU CENTRE DE SANTÉ OU À LA PERSONNE</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="821 1136 1493 1174">a. Ambulance appartenant au centre de santé</td> <td data-bbox="1493 1136 1633 1174"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1174 1493 1211">b. Ambulance appartenant aux hôpitaux de district</td> <td data-bbox="1493 1174 1633 1211"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1211 1493 1248">c. Véhicule privé loué à temps complet</td> <td data-bbox="1493 1211 1633 1248"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1248 1493 1286">d. Véhicule privé loué à temps partiel</td> <td data-bbox="1493 1248 1633 1286"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1286 1493 1323">e. Autre véhicule appartenant au centre de santé</td> <td data-bbox="1493 1286 1633 1323"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1323 1493 1360">f. Véhicules privés prêts à intervenir sur demande</td> <td data-bbox="1493 1323 1633 1360"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1360 1493 1398">g. Cyclomoteur appartenant au centre de santé</td> <td data-bbox="1493 1360 1633 1398"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1398 1493 1435">h. Cyclomoteur de location</td> <td data-bbox="1493 1398 1633 1435"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1435 1493 1472">i. Vélo appartenant au centre de santé</td> <td data-bbox="1493 1435 1633 1472"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1472 1493 1497">j. Autre, spécifier:</td> <td data-bbox="1493 1472 1633 1497"></td> </tr> </table>	a. Ambulance appartenant au centre de santé		b. Ambulance appartenant aux hôpitaux de district		c. Véhicule privé loué à temps complet		d. Véhicule privé loué à temps partiel		e. Autre véhicule appartenant au centre de santé		f. Véhicules privés prêts à intervenir sur demande		g. Cyclomoteur appartenant au centre de santé		h. Cyclomoteur de location		i. Vélo appartenant au centre de santé		j. Autre, spécifier:	
a. Ambulance appartenant au centre de santé																						
b. Ambulance appartenant aux hôpitaux de district																						
c. Véhicule privé loué à temps complet																						
d. Véhicule privé loué à temps partiel																						
e. Autre véhicule appartenant au centre de santé																						
f. Véhicules privés prêts à intervenir sur demande																						
g. Cyclomoteur appartenant au centre de santé																						
h. Cyclomoteur de location																						
i. Vélo appartenant au centre de santé																						
j. Autre, spécifier:																						

(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 salle 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)	Quelle est la procédure employée pour décontaminer le matériel médical après une première utilisation ? 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.	<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)	Quelle est la procédure employée pour stériliser le matériel médical avant réutilisation ? 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.	<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)	Le protocole de stérilisation du matériel est-il affiché ?	<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)	Des mesures sont-elles prévues pour éliminer les déchets biomédicaux ?	<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)	Comment les déchets biomédicaux sont-ils éliminés ? 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.	<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 SANTE OU SON ADJOINT SI ABSENT OU INDISPONIBLE																												
(2.01)	Y a-t-il un comité de santé pour ce centre de santé ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02 ► (2.04)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (2.04)																						
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.	<table border="1"> <tr><td>a. Titulaire du centre de sante</td><td></td></tr> <tr><td>b. Personnel du centre de santé</td><td></td></tr> <tr><td>c. Charge des affaires sociales au niveau du secteur</td><td></td></tr> <tr><td>d. Representant des Agents de santé communautaire</td><td></td></tr> <tr><td>e. Representant des enseignants</td><td></td></tr> <tr><td>f. Representant de la societe civile</td><td></td></tr> <tr><td>g. Autre, préciser :</td><td></td></tr> </table>	a. Titulaire du centre de sante		b. Personnel du centre de santé		c. Charge des affaires sociales au niveau du secteur		d. Representant des Agents de santé communautaire		e. Representant des enseignants		f. Representant de la societe civile		g. Autre, préciser :													
a. Titulaire du centre de sante																												
b. Personnel du centre de santé																												
c. Charge des affaires sociales au niveau du secteur																												
d. Representant des Agents de santé communautaire																												
e. Representant des enseignants																												
f. Representant de la societe 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.	<table border="1"> <tr> <td>OUI, VUE</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>OUI, PAS VUE</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>03</td> </tr> </table>	OUI, VUE	01	OUI, PAS VUE	02	NON	03																				
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.	<table border="1"> <tr> <td>OUI, VUE</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>OUI, PAS VUE</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>03 ► (2.07)</td> </tr> </table>	OUI, VUE	01	OUI, PAS VUE	02	NON	03 ► (2.07)																				
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.	<table border="1"> <tr><td>a. Le titulaire du centre de sante</td><td></td></tr> <tr><td>b. Personnel du centre de santé</td><td></td></tr> <tr><td>c. Personnel d'une Organisation Non Gouvernementale</td><td></td></tr> <tr><td>d. Ministère de la Santé / Unite de sante du district</td><td></td></tr> <tr><td>e. Charge des affaires sociales au niveau du secteur</td><td></td></tr> <tr><td>f. Le comité de sante du centre de santé</td><td></td></tr> <tr><td>g. Le comite de direction de l'hôpital</td><td></td></tr> <tr><td>h. Le président / dirigeant de la coopérative des agents de santé communautaire</td><td></td></tr> <tr><td>i. Agents de santé communautaire</td><td></td></tr> <tr><td>j. Des membres de la communauté</td><td></td></tr> <tr><td>k. Autre, spécifier:</td><td></td></tr> </table>	a. Le titulaire du centre de sante		b. Personnel du centre de santé		c. Personnel d'une Organisation Non Gouvernementale		d. Ministère de la Santé / Unite de sante du district		e. Charge des affaires sociales au niveau du secteur		f. Le comité de sante du centre de santé		g. Le comite 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:					
a. Le titulaire du centre de sante																												
b. Personnel du centre de santé																												
c. Personnel d'une Organisation Non Gouvernementale																												
d. Ministère de la Santé / Unite de sante du district																												
e. Charge des affaires sociales au niveau du secteur																												
f. Le comité de sante du centre de santé																												
g. Le comite 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 ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02 ► (2.08)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (2.08)																						
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.	<table border="1"> <tr><td>a. Soins prénatals</td><td></td></tr> <tr><td>b. Accouchement en milieu médical</td><td></td></tr> <tr><td>c. Soins postnatals</td><td></td></tr> <tr><td>d. Vaccination</td><td></td></tr> <tr><td>e. Consultations de soins curatifs</td><td></td></tr> <tr><td>f. Planification familiale/santé procréative</td><td></td></tr> <tr><td>g. Nutrition</td><td></td></tr> <tr><td>h. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant</td><td></td></tr> <tr><td>i. Paludisme</td><td></td></tr> <tr><td>j. Tuberculose</td><td></td></tr> <tr><td>k. VIH/sida</td><td></td></tr> <tr><td>l. Promotion de la santé et surveillance sanitaire</td><td></td></tr> <tr><td>m. Autre, spécifier:</td><td></td></tr> </table>	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:	
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.	SEXE 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
					Diplome de fin d'etudes post-primaires (A3) 02
					Diplôme de fin d'études secondaires 03
					Baccalaureat (A1) 04
					Licence 05
					Maitrise 06
					Doctorat 07
					Troisième cycle universitaire 08
					Études post-doctorales 09
			Pas d'études 10		
			Autre, spécifier: 96		
	NOM ET PRÉNOM	HOMMES 01 FEMMES 02		ANNÉES	
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																																																														
C O D E · I D E N T I F I C A T I O N	(3.06)	(3.07)	(3.08)																																																											
	<p>Quel poste occupe [NOM] dans cet établissement ?</p> <p>Professions médicales/paramédicales</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Médecin responsable du centre santé</td> <td style="width: 10%;">01</td> <td colspan="2">Autres</td> </tr> <tr> <td>Infirmier titulaire du centre de santé</td> <td>02</td> <td>Agent auxiliaire > 1 an</td> <td>15 ► personne suivante</td> </tr> <tr> <td>Assistant medical</td> <td>03</td> <td>Agent auxiliaire < 1 an</td> <td>16 ► personne suivante</td> </tr> <tr> <td>Comptable</td> <td>04</td> <td>Assistant social</td> <td>17 ► personne suivante</td> </tr> <tr> <td>Infirmier</td> <td>05</td> <td>Conseiller</td> <td>18 ► personne suivante</td> </tr> <tr> <td>Sage-femme</td> <td>06</td> <td>Personnel administratif</td> <td>19 ► personne suivante</td> </tr> <tr> <td>Pharmacien</td> <td>07</td> <td>Autre poste non médical/paramédical</td> <td>98 ► personne suivante</td> </tr> <tr> <td>Technicien d'hygiène du milieu</td> <td>08</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aide-soignant</td> <td>09</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Préparateur en pharmacie</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Biologiste de laboratoire</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Technicien de laboratoire</td> <td>12</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Employé journalier classifié</td> <td>13</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Charge stock pharmacie</td> <td>14</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre poste médical/paramédical</td> <td>96</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Médecin responsable du centre santé	01	Autres		Infirmier titulaire du centre de santé	02	Agent auxiliaire > 1 an	15 ► personne suivante	Assistant medical	03	Agent auxiliaire < 1 an	16 ► personne suivante	Comptable	04	Assistant social	17 ► personne suivante	Infirmier	05	Conseiller	18 ► personne suivante	Sage-femme	06	Personnel administratif	19 ► personne suivante	Pharmacien	07	Autre poste non médical/paramédical	98 ► personne suivante	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			<p>En quelle année [NOM] a-t-il/elle été affecté(e) à son poste dans cet établissement ?</p> <p>ENQUÊTEUR : NOTER L'ANNÉE AU FORMAT AAAA (EX. : 1985)</p>
Médecin responsable du centre santé	01	Autres																																																												
Infirmier titulaire du centre de santé	02	Agent auxiliaire > 1 an	15 ► personne suivante																																																											
Assistant medical	03	Agent auxiliaire < 1 an	16 ► personne suivante																																																											
Comptable	04	Assistant social	17 ► personne suivante																																																											
Infirmier	05	Conseiller	18 ► personne suivante																																																											
Sage-femme	06	Personnel administratif	19 ► personne suivante																																																											
Pharmacien	07	Autre poste non médical/paramédical	98 ► personne suivante																																																											
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																																																													
		ANNÉE	SALAIRE BRUT																																																											
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																																																																						
	(3.09)	(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] 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																																																																
	168 MAXI.	168 MAXI.	NON 2	NON 2	<table border="1"> <tr> <td>EN RECUPERATION</td> <td>01</td> <td>CONSULTATION PRÉNATALE</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>EN CONGÉ MALADIE</td> <td>02</td> <td>ACCOUCHEMENT</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>EN FORMATION</td> <td>03</td> <td>CONSULTATION POSTNATALE (enfant de ≤10 jours)</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>EN CONGÉ</td> <td>04</td> <td>CONSULTATION POSTNATALE (mere)</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>AUTRE ABSENCE AUTORISÉE</td> <td>05</td> <td>VACCINATION</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>EN RETARD</td> <td>06</td> <td>CONSULTATION CURATIVE DES < 5 ans</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>ABSENCE NON AUTORISÉE</td> <td>07</td> <td>CONSULTATION CURATIVE DE L'ADULTE</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>AUTRE (PRÉCISER)</td> <td>96</td> <td>CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE (CDV/VCT)</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PREVENTION TRANSMISSION MERE-ENFANT VIH (PTME/PMTCT)</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PLANIFICATION FAMILIALE</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (ARV)</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>LABORATOIRE</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SANTE COMMUNAUTAIRE</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AUTRE, SPECIFIER</td> <td>96</td> </tr> </table>	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			SANTE COMMUNAUTAIRE	14			AUTRE, SPECIFIER	96	<table border="1"> <tr> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> </table>	A.	B.	C.	D.
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																																																																			
		SANTE COMMUNAUTAIRE	14																																																																			
		AUTRE, SPECIFIER	96																																																																			
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					
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.	SEXE 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
					Diplome de fin d'etudes post-primaires (A3) 02
					Diplôme de fin d'études secondaires 03
					Baccalaureat (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	HOMMES 01 FEMMES 02		ANNÉES	
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				
	(3.06)	(3.07)	(3.08)	
C O D E . 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	Autres		
	Infirmier titulaire du centre de santé 02	Agent auxiliaire > 1 an 15 ▶	personne suivante	
	Assistant medical 03	Agent auxiliaire < 1 an 16 ▶	personne suivante	
	Comptable 04	Assistant social 17 ▶	personne suivante	
	Infirmier 05	Conseiller 18 ▶	personne suivante	
	Sage-femme 06	Personnel administratif 19 ▶	personne suivante	
	Pharmacien 07	Autre poste non médical/paramédical 98 ▶	personne suivante	
	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				
		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 D · 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				
						AUTRE (PRÉCISER) 96	CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE (CDVWCT) 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				
							A.	B.	C.	D.	E.
21	168 MAXI.	168 MAXI.	NON 2	NON 2							
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	01				
		NON	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 DISPONIBLES, INFO. ORALE 02	
		Pas en mesure de réaliser cette analyse, ni aujourd'hui ni il y a 3 mois	03				
				MOIS 1	MOIS 2	MOIS 3	TOTAL
a.	Numération globules rouges et globules blancs						
b.	Estimation du taux d'hémoglobine (hématocrite)						
c.	Groupage 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	NON 2 ► (5.12)
(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'ETABLISSEMENT DISPENSE-T-IL DES SERVICES DE SOINS PRENATALS?	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: VERIFIER LES DOSSIERS OU REGISTRE DE CPN. NOTER LES REponses EN FONCTION DU FAIT QUE LES DOSSIERS ONT ETE VUS OU PAS VUS.	DOSSIERS VUS : Systematiquement 01	DOSSIERS VUS : Parfois 02
		DOSSIERS VUS : Rarement ou jamais 03	DOSSIERS PAS VUS, INFO. ORALE : Systematiquement 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?	
	OUI 1	
	NON 2 ► (5.23)	
(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 ?	
	OUI 1	
	NON 2 ► (5.25)	
(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)	(7.02)	(7.03)			
	Cet établissement propose-t-il les services suivants?	Quel est le prix total facturé en monnaie pour ce type de service ? 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	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? OUI.....1 NON.....2	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).		
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)	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.12)	Brochure ou poster sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.13)	Diagrammes de suivi de la croissance	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.14)	Protocole national sur le diagnostic et le traitement du paludisme (hors PCIME)	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.15)	Protocole national sur le diagnostic et le traitement de la diarrhée (hors PCIME)	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.16)	Protocole national sur la vaccination des enfants	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.17)	Protocole national sur les services de santé procréative/planification familiale	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.18)	Normes nationales en matière de soins prénatals	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.19)	Prise en charge du travail et de l'accouchement	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.20)	Normes nationales en matière de soins aux nouveau-nés	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.21)	Normes nationales en matière de soins post-partum	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.22)	Directives relatives à la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST)	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.23)	Directives relatives à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.24)	Directives relatives au traitement du VIH (traitement antirétroviral, ARV)	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.25)	Directives relatives au traitement du VIH chez les enfants et les nourrissons (traitement antirétroviral, ARV)	VUES	1
		PAS VUES	2
(8.26)	Liste nationale des médicaments essentiels	VUES	1
		PAS VUES	2

(9)	Matériel (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.		
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 MARCHÉ	QUANTITÉ DISPONIBLE ET EN ÉTAT DE MARCHÉ
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 MARCHÉ	QUANTITÉ DISPONIBLE ET EN ÉTAT DE MARCHÉ
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 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 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	OUI 1
			NON 2	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.	Mébéndazole	_____ mg		
Planification familiale				
k.	Préservatifs (masculins et féminins)	1 unité		
l.	Pilule contraceptive	Plaquette pour 28 jours		
m.	Acétate de médroxyprogestérone 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	OUI 1
				NON 2	NON 2
				► MÉDICAMENT SUIVANT	► 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 1220 269">a.</td> <td data-bbox="1220 232 1640 269">FEMMES</td> <td data-bbox="1640 232 1761 269"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 269 1220 305">b.</td> <td data-bbox="1220 269 1640 305">HOMMES</td> <td data-bbox="1640 269 1761 305"></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="827 310 1220 342">OUI</td> <td data-bbox="1220 310 1640 342">1</td> <td data-bbox="1640 310 1761 342"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 342 1220 383">NON</td> <td data-bbox="1220 342 1640 383">2 ▶ (11.04)</td> <td data-bbox="1640 342 1761 383"></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 effectuee?																																		
(11.05)	Avez-vous deja entendu parle du financement base sur la performance au niveau communautaire?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="827 544 1220 576">OUI</td> <td data-bbox="1220 544 1640 576">1</td> <td data-bbox="1640 544 1761 576"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 576 1220 617">NON</td> <td data-bbox="1220 576 1640 617">2</td> <td data-bbox="1640 576 1761 617"></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 1220 654">a.</td> <td data-bbox="1220 621 1640 654">Rapport trimestrielle (completude, a temps et correct)</td> <td data-bbox="1640 621 1761 654"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 654 1220 686">b.</td> <td data-bbox="1220 654 1640 686">Accompagnement/reference pour une consultation prenatale ≤ 4 premiers mois de grossesse</td> <td data-bbox="1640 654 1761 686"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 686 1220 719">c.</td> <td data-bbox="1220 686 1640 719">Accompagnement/reference pour un accouchement dans une formation sanitaire</td> <td data-bbox="1640 686 1761 719"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 719 1220 751">d.</td> <td data-bbox="1220 719 1640 751">Reference des nouvelles utilisatrices de la consultations familiale</td> <td data-bbox="1640 719 1761 751"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 751 1220 784">e.</td> <td data-bbox="1220 751 1640 784">Nombre d'utilisatrices regulieres de la planification familiale</td> <td data-bbox="1640 751 1761 784"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 784 1220 816">f.</td> <td data-bbox="1220 784 1640 816">Accompagnement/reference pour une consultation dans les 10 premiers jours apres la naissance</td> <td data-bbox="1640 784 1761 816"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 816 1220 849">g.</td> <td data-bbox="1220 816 1640 849">Nombre de suspect TB référé par les ASCs et Confirmés par le CS</td> <td data-bbox="1640 816 1761 849"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 849 1220 881">h.</td> <td data-bbox="1220 849 1640 881">Nombre de cas TB suivi par les ASCs</td> <td data-bbox="1640 849 1761 881"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 881 1220 914">i.</td> <td data-bbox="1220 881 1640 914">Nombre des couples accompagnent au CS pour PMTCT</td> <td data-bbox="1640 881 1761 914"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 914 1220 946">j.</td> <td data-bbox="1220 914 1640 946">Nombre des ménages ou familles accompagnés au CS pour VCT par les ASC</td> <td data-bbox="1640 914 1761 946"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 946 1220 979">k.</td> <td data-bbox="1220 946 1640 979">Nombre d'enfants suivis pour la nutrition de 6-59 mois dans la communauté</td> <td data-bbox="1640 946 1761 979"></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 transferees?</p> <p>ENQUETEUR: DEMANDER LE REGISTRE POUR CES INFORMATIONS</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="827 1045 1220 1078">a.</td> <td data-bbox="1220 1045 1640 1078">Nombre de femmes accompagnees/referees pour une consultation prenatale ≤ 4 premiers mois de grossesse</td> <td data-bbox="1640 1045 1761 1078"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 1078 1220 1110">b.</td> <td data-bbox="1220 1078 1640 1110">Nombre de femmes accompagnees/referees pour un accouchement dans une formation sanitaire</td> <td data-bbox="1640 1078 1761 1110"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 1110 1220 1143">c.</td> <td data-bbox="1220 1110 1640 1143">Nombre de nouvelles utilisatrices de la consultations familiale</td> <td data-bbox="1640 1110 1761 1143"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 1143 1220 1175">d.</td> <td data-bbox="1220 1143 1640 1175">Nombre d'utilisatrices regulieres de la planification familiale</td> <td data-bbox="1640 1143 1761 1175"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 1175 1220 1208">e.</td> <td data-bbox="1220 1175 1640 1208">Nombre de femmes pour la consultation postnatale dans les 10 premiers jours apres la naissance</td> <td data-bbox="1640 1175 1761 1208"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 1208 1220 1240">f.</td> <td data-bbox="1220 1208 1640 1240">Nombre de suspect TB référé par les ASCs et Confirmés par le CS</td> <td data-bbox="1640 1208 1761 1240"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 1240 1220 1273">g.</td> <td data-bbox="1220 1240 1640 1273">Nombre de cas TB suivi par les ASCs</td> <td data-bbox="1640 1240 1761 1273"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 1273 1220 1305">h.</td> <td data-bbox="1220 1273 1640 1305">Nombre des couples accompagnent au CS pour PMTCT</td> <td data-bbox="1640 1273 1761 1305"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 1305 1220 1338">i.</td> <td data-bbox="1220 1305 1640 1338">Nombre des ménages ou familles accompagnés au CS pour VCT par les ASC</td> <td data-bbox="1640 1305 1761 1338"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="827 1338 1220 1370">j.</td> <td data-bbox="1220 1338 1640 1370">Nombre d'enfants suivis pour la nutrition de 6-59 mois dans la communauté</td> <td data-bbox="1640 1338 1761 1370"></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)
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:	PARFOIS 01
		ASSEZ SOUVENT 02
		TRES SOUVENT 03
(11.13)	Quelle la principale raison de ruptures de stocks:	DISPONIBILITE DES FONDS PBF 01
		PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT 02
		FOURNISSEUR TRAI NE 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	▶ (11.16)	
		LOURD	02		
		PAS DU TOUT LOURD	03		
(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	