

INVENTAIRE DES FORMATIONS SANITAIRES (FOSA)

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Enquête sur les Prestations des Services de Soins de Santé

INVENTAIRE DES FORMATIONS SANITAIRES (FOSA)

IDENTIFICATION DE LA FORMATION SANITAIRE

001 NOM DE LA FORMATION SANITAIRE (FOSA) _____

002 LOCALISATION DE LA FOSA (N°, RUE/AVENUE, QUARTIER/VILLAGE, COMMUNE/
TERRITOIRE, VILLE/CITE) _____

003 PROVINCE (DPS)

004 ZONE DE SANTE

004a AIRE DE SANTE

005 CODE DE LA FOSA

006 TYPE FOSA

- HOPITAL TERTIAIRE/PROVINCIAL 01
- HOPITAL GENERAL DE REFERENCE 02
- HÔPITAL/CENTRE HOSPITALIER/CLINIQUI 03
- CENTRE DE SANTE DE REFERENCE 04
- CENTRE DE SANTE 05

007 STATUT DE LA FOSA (AUTORITE DE GESTION)

- PUBLIQUE 1
- ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF 2
- PRIVE LUCRATII 3
- PRIVE CONFESIONNEL 4

008 URBAIN/RURAL

- URBAIN 1
- RURAL 2

009 HOSPITALISATION SEULEMENT

- OUI 1
- NON 2

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

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

CODES RESULTATS (RESULTAT FINAL):

- 1 : REMPLI POUR LA FOSA
- 2 : REpondant NON DISPONIBLE DANS LA FOSA
- 3 : REPORTEE
- 4 : REFUS DE LA FOSA
- 5 = PARTIELLEMENT REMPLI
- 6 : AUTRE _____
(SPECIFIER)

NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES.....

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN CPN

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN PF

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS CONSULTATIONS ENFANTS MALADES

Nombre total de
patients reçus
dans le service

COORDONNEES GPS DE LA FOSA

POSITIONNER LE GPS

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

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

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

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

010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)	NOM WAYPOINT <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
011 HAUTEUR	HAUTEUR <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
012 LATITUDE	N/S a
	DEGRES/DECIM b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
013 LONGITUDE	E/O a
	DEGREES/DECIM b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

CONSENTEMENT

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

LIRE LA PRESENTATION SUIVANTE:

Bonjour! Mon nom est _____. Je travaille pour l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa dans une étude sur les FOSA. Cette étude est menée pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations des services de santé de la RDC.

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

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

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

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

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

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

				2	0	1
JOUR			MOIS		ANNEE	

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

100	Puis-je commencer l'interview?	OUI 1 NON 2	→ ARRET										
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">HEURES</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MINUTES</td> </tr> </table>			.			HEURES			MINUTES		
		.											
HEURES			MINUTES										

EXPLIQUEZ A L'INTERVIEWE(E) DES LE DEBUT DE L'INTERVIEW QU'IL Y AURA DES QUESTIONS SUR LES REUNIONS DE GESTION ET DES ACTIVITES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. POUR CE NOUS AURONS BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE CES REUNIONS ET ACTIVITES. IL SERA ALORS IMPORTANT DE REUNIR TOUS LES REGISTRES DES REUNIONS DE GESTIONS ET DES ACTIVITES D'ASSURANCE QUALITE S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE AU LIEU DE L'INTERVIEW.

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

ATTENTION!!!!

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

MODULE 1: INFORMATIONS GENERALES - DISPONIBILITE DES SERVICES

SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES ET HOSPITALISATION

DISPONIBILITE DES SERVICES

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

SERVICES D'HOSPITALISATION			
110	Est-ce que cette FOSA admet des patients pour hospitalisation?	OUI. 1 NON 2	→ 112
111	Est-ce que cette FOSA dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI. 1 NON 2	→ 200
112	De combien de lits dispose au total cette FOSA pour l'observation ou l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	NOMBRE DE LITS D'OBSERVATION / D'HOSPITALISATION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP998	
SECTION 2: QUESTIONS FILTRES			
TECHNIQUE DE STERILISATION			
200	J'ai quelques questions concernant la procedure de sterilisation des equipements / instruments metalique comme le speculum, forceps ou autre Sterilisez-vous les equipements/instruments metaliques dans cette FOSA?	OUI. 1 NON 2	→ 210
201	Est ce que la sterilisation est faite sur place, en dehors de cette FOSA ou bien les deux?	SEULEMENT DANS CETTE FOSA 1 SUR PLACE ET EN DEHORS 2 SEULEMENT EN DEHORS 3	
STOCKAGES DES MEDICAMENTS			
210	Est-ce que cette FOSA stocke des medicaments (y compris les ARV), les vaccins ou des produits contraceptifs? SONDER	OUI. 1 NON. 2	→ 300
211	VERIFIEZ Q102.04 OFFRE DE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF) <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF) <input type="checkbox"/>	→ 213
212	Est ce que les produits contraceptifs sont stockés dans le service de PF ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE PF 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 PRODUITS/PF NON STOCKES 3	
213	VERIFIEZ Q102.10 OFFRE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	→ 215
214	Est ce que les médicaments pour le traitement de la tuberculose sont stockés dans le service ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ANTI TBC NON STOCKES 3	
215	VERIFIEZ Q102.12 ET Q102.6 FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV OU PTME <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV NI DE PTME <input type="checkbox"/>	→ 300
216	Est ce que les ARV pour le traitement du VIH/SIDA sont stockés dans le service ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE TAR 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ARV NON STOCKES 3 STOCKES DANS LE SERVICE PTME 4 STOCKES DANS LE SERVICE PTME ET TAR 5	

MODULE 2: DISPONIBILITE DU SERVICE GENERAL

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

DISPONIBILITE DES SERVICES DE GARDE 24H/24

300	Est-ce qu'il y a un prestataire de santé qui est de garde soit dans cette FOSA soit sur appel (24H/24H) pour prendre en charge les urgences?	OUI, PRESTATAIRE 24H/24. 1 NON, PAS DE PRESTATAIRE 24H/24. . 2	→ 310
301	Est-ce qu'il y a un roulement (horaire) de garde du personnel/ permanences qui couvre 24H?	OUI 1 NON 2	→ 310
302	Puis-je voir votre horaire de garde avec les permanences couvrant 24H?	PERMANENCES OBSERVEES. 1 PERMANENCES RAPPORTEES PAS VUE:2	

COMMUNICATION

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

DISPOSITIF ANTI INCENDIE

346a	Est-ce que cette FOSA dispose d'un extincteur ?	OUI..... 1 NON 2
------	---	---------------------------

SUPERVISION EXTERNE

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

FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement des frais médicaux pour accéder aux services?	OUI..... 1 NON 2	→ 370
361	Quel est le mode de tarification utilisée ? SONDER.	TARIFICATION FORFAITAIRE 1 TARIFICATION PAR ACTE 2 LES DEUX 3	→ 363
362	Est-ce que la FOSA a établi des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE A HAUTE VOIX CHAQUE CATEGORIE DE REPONSE ET ENCERCLER LA REPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI	NON
01	CARNET DE SANTE	1	2
02	FICHE DE CONSULTATION	1	2
03	CONSULTATION	1	2
04	MEDICAMENTS	1	2
05	VACCINS	1	2
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS	1	2
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX	1	2
08	SERINGUES ET AIGUILLES	1	2
09	CESARIENNE	1	2
10	TEST DEPISTAGE VIH	1	2
11	TEST DE DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1	2
12	GOUTE EPAISSE	1	2
13	AUTRES TESTS DE LABORATOIRE	1	2
14	ARV POUR TRAITEMENT	1	2
15	ARV POUR PTME	1	2
16	ACTES DE CHIRURGIE MINEURE	1	2
*17	ZIEHL	1	2

363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI 1 NON..... 2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés? VERIFIER LES TARIFS AFFICHES CONTRE LA LISTE MENTIONNEE A Q362 POUR VOIR SI TOUS LES TARIFS SONT POSTES	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHES 1 OBSERVE ,CERTAINS, PAS TOUS LES 2	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les services fournis dans cette structure? ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE APPROPRIEE.	EXEMPTION, GRATUIT..... A REDUCTION B PAIEMENT DIFFERE C SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER D PAIEMENT EN NATURE..... E HYPOTHEQUE F AUTRE..... X	
SOURCES DE REVENUES			
370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la FOSA a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 2016. Si une autre personne est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE. [la liste sera adaptée au pays]	GOUVERNEMENT CENTRAL A GOUVERNEMENT PROVINCIAL..... B REGIME DE PROTECTION MEDICALE (ASSURANCE)..... C FONDS DE SECURITY SOCIALE D REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYE E ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR F PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINA G CONFESSIONNEL..... H PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES. . I AUTRE..... X PAS DE FINANCEMENT Y	→ 400
370a	De toutes ces sources de revenus, quelle est la source la plus importante ?	<input type="checkbox"/>	

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

PERSONNEL

400	Veuillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée à cette structure. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne tel que infirmier (e) ou médecin(s) indépendamment des tâches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette FOSA.			
	CATEGORIES PROFESSIONNELLES (FAIRE ADAPTER)	(a) ENGAGE OU AFFECTE/APPUI	(b) TEMPS PARTIEL	
	01	MEDECINS GENERALISTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	02	MEDECINS SPECIALISTES [Y COMPRIS LES ANESTHESISTES ET LES PATHOLOGISTES]	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	03	CHIRURGIENS DENTISTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	04	ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	05	PHARMACIENS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	06	INFIRMIERS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	07	ACCOUCHEUSES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	08	KINESITHERAPEUTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	09	SAGES FEMMES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	10	TECHNICIENS DE LABORATOIRE/BIOLOGISTE MEDICAL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	11	TECHNICIENS DE RADIOLOGIE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	12	NUTRITIONISTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	13	LICENCE EN MEDECINE PHYSIQUE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	14	ASSISTANTS EN PHARMACIE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	15	TECHNICIENS D'ASSAINISSEMENT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	16	TECHN. BUCCO DENTAIRES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	17	AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	18	ADMINISTRATIFS (Toutes les professions)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	19	SANS QUALIFICATION	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
20	AUTRE (A PRECISER) : _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

REUNIONS DE GESTION

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

410	Est-ce qu'il y a habituellement des réunions de gestion (CODI/CODESA) de la FOSA ?	OUI. 1 NON 2	→417
411	A quelle fréquence se tiennent ces réunions?	UNE FOIS PAR SEMAINE. 0 UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. . 4 NSP 8	→417
412	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux/comptes rendus de ces réunions?	OUI. 1 NON 2	→ 417
413	Est ce je peux voir les proces verbaux/comptes rendus de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois?	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	→417
414	FEUILLETEZ LE PROCES VERBAL DE LA REUNION LA PLUS RECENTE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ET ENCERCLER LA LETTRE CORRESPONDANT A TOUS LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNES DANS LE RAPPORT.	QUALITE DES DONNEES DU SIS. A LA COMPLETUDE DES RAPPORTS DU S B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU S C QUALITE DES SERVICES. D UTILISATION DES SERVICES E DONNEES SUR LES MALADIES F CONDITIONS DE TRAVAIL (PAR EX. SALAIRE, HORAIRES DE TRAVAIL). . . G FINANCES OU BUDGET. H AUTRE X AUCUN DES SUJETS CI-DESSUS. Y	→417
415	Est-ce que la FOSA a pris une quelconque recommandation basée sur les discussions de la dernière réunion et qui sont mentionnées dans ce rapport ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	→417
416	Est-ce que la FOSA a entrepris une quelconque action de suivi en rapport avec les recommandation prises lors de la dernière réunion?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	
417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les représentant de la communauté et portant sur les activités ou la gestion de la FOSA, se tiennent périodiquement?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	→430
418	A quelle fréquence les réunions périodiques entre le personnel de santé et membres de la communauté sont-elles tenues?	UNE FOIS PAR SEMAINE. 0 UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. 1 UNE FOIS TOUS LES 2-3 MOIS. 2 UNE FOIS TOUS LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. . 4 NSP 8	→430
419	Est-ce que le proces verbal/compte rendu des réunions entre personnel de santé et membres de la communauté est conservé (archivé) ?	OUI. 1 NON 2	→430
420	Est ce je peux voir les proces verbaux/comptes rendus de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois?	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	

OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

430	Est-ce qu'il existe dans cette FOSA, un système pour recueillir les opinions des patients à propos de la structure elle-même ou de ses services?	OUI. 1 NON 2	→440
431	<p>Veuillez me dire les méthodes qui sont utilisées pour recueillir les opinions des patients.</p> <p>ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ETCSONDER: PAS D'AUTRES METHODES?</p>	BOITE A SUGGESTION. A ENQUETE DE SATISFACTION. B GUIDE D'ENTRETIEN. C REUNION OFFICIELLE LEADERS COMMUNAUTAIRES. D DISCUSSION INFORMELLES AVEC PATIENTS OU COMMUNAUTE. E EMAIL. F SITE WEB DE LA FOSA. G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNAL H AUTRE _____ X NSP. Z	→440
432	Est-ce que les opinions des patients sont-elles analysées?	OUI 1 NON 2 NSP. 8	→440
433	Puis-je voir le rapport d'analyse des opinions des patients?	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2 DISCUSSION VERBALE SEULEMENT 3	

ASSURANCE QUALITE

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

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

TRANSPORT DES URGENCES

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

SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

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

460	Est-ce que cette FOSA dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires (SNIS)?	OUI. 1 NON. 2	
461	Est-ce que cette FOSA fait régulièrement la compilation de rapports contenant des informations sanitaires?	OUI. 1 NON. 2	→464
462	A quelle fréquence ces rapports sont-ils compilés?	UNE FOIS PAR SEMAINE 0 UNE FOIS PAR MOIS 1 TOUS LES 2-3 MOIS. 2 TOUS LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. . 4	
463	Puis-je voir une copie du rapport le plus récent?	RAPPORT OBSERVE. 1 RAPPORTE, RAPPORT NON VU 2	
464	Est-ce qu'il y a dans cette FOSA, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI. 1 NON. 2	→465a
465	Quel est le poste de cette personne? INSISTEZ POUR CONNAITRE LE POSTE	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SNIS. 1 RESPONSABLE DE LA FOSA. 2 AUTRE PRESTATAIRE. 3	
465a	Est-ce que la FOSA dispose-t-elle le relevé de notification hebdomadaire des maladies a potentiel épidémique sous surveillance ?	OUI. 1 NON. 2	→470
465b	Puis-je voir une copie du relevé hebdomadaire de notification le plus récent ?	RELEVE OBSERVE. 1 RAPPORTE, RELEVE NON VU 2	

STATISTIQUES SANITAIRES

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

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

SECTION 5: TRAITEMENT DES INSTRUMENTS METALLIQUES POUR LA REUTILISATION

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA FOSA OU LES INSTRUMENTS SONT STERILISES POUR LA REUTILISATION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET COMMENCER L'INTERVIEW.

500	VERIFIEZ Q201 EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS / INSTRUMENTS SONT STERILISES DANS CETTE FOSA ?					
	OUI <input type="checkbox"/> (CODES 1 OU 2 ENCERCLES)	NON (CODE 3 ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT				
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS SI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA FOSA ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous UTILISEz [METHODE] dans la FOSA ? Si OUI, DEMANDER: Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"					
	METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL	
		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON NSP
01	AUTOCLAVE ELECTRIQUE (PRESSION ET VAPEUR)	1 → b	2 → b	3 2 ↓	1	2 8
02	AUTOCLAVE NON ELECTRIQUE (PRESSION & VAPEUR)	1 → b	2 → b	3 3 ↓	1	2 8
03	STERILISATEUR A CHALEUR SECHE (POUPINEL)	1 → b	2 → b	3 4 ↓	1	2 8
04	BOUILLIRE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR (PAS A PRESSION)	1 → b	2 → b	3 5 ↓	1	2 8
05	CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1	2	3		
06	SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 7 ↓	1	2 8
07	MINUTERIE AUTOMATIQUE (ELLE PEUT ETRE SUR L'APPAREIL)	1 → b	2 → b	3 8 ↓	1	2 8
08	BANDETTES INDIQUANT QUE LE PROCESSUS EST COMPLET	1	2	3		
09	N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN (Désinfection à haut niveau) CHIMIQUE	1	2	3		
10	FLAMBAGE	1	2	3		
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA FOSA, DEMANDER AU REpondANT ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, LA PRESSION RECOMMANDEE, ETC.					
		(1) AUTOCLAVE (vapeur avec pression) (01 ou 02)	(2) STERILISATION SECHE (03)	(3) BOUILLIR (04)	(4) DESINFECTION A HAUT NIVEAU PAR VAPEUR (05)	(5) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE (09)
A	Méthode	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 2	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 3	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ .. 2 → 4	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ. 2 → 5	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 503
B	Temperature (centigrade)	TEMPERATURE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP 998	TEMPERATURE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP 998			
C	Pression	PRESS- ION AUTOMATIQUE 666 → 1E NSP 998 → 1E				
D	Unités de pression	UNITES DE PRESSION: KG/CM CARRE ... 1 PRESSION ATM ... 2 KILOPASCAL ... 3 MILLIMETRE HG ... 4 NSP 8				
E	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP .. 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998
F	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave?	MINUTES ENVELOPPEES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998				
G	Désinfectant utilisé					ALCOOL 01 BETADINE 02 CHLORINE 03 CIDEX 04 FORMALDEHYDE 05 GLUTERALDEHY 06 NSP 98
503	Est-ce cette FOSA dispose des normes et directives sur la sterilisation des équipements / instruments ?			OUI 1 NON 2 → SECTION SUIVANTE		
504	Puis je voir les normes et directives sur la sterilisation des équipements / instruments ? LES NORMES ET DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.			OBSERVEES 1 RAPPORTEES, PAS VUES 2		

SECTION 6: GESTION DES DECHETS BIO-MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

GESTION DES DECHETS BIO-MEDICAUX

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

600	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des matériels tranchants, tels que les aiguilles ou les lames.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette FOSA pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies)?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 10, SE PASSE EN DEHORS DE LA FOSA, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ELIMINER HORS DE LA FOSA"</p>	<p>COMBUSTION DANS INCINERATEUR : 2 FOURS ELECTRIQUES (800-1000+°C) 02 UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTÉGÉ/FUT 05</p> <p>JETTER SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 06 DANS FOSSE OU LATRINE COUVERTE. 07 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. 08 DANS TROU OU SUR SOL PROTEGE 09 ENFOUISSEMENT 10</p> <p>ELIMINER HORS DE LA FOSA STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 11 STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE. 12 STOCKAGE NON PROTEGE 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS . 95</p>
601	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets médicaux autres que les objets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 10, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ELIMINER HORS DE LA FOSA"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS 01</p> <p>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR: 2-FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C). 02 1-UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTÉGÉ/FUT. 05</p> <p>JETTER SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 06 DANS FOSSE OU LATRINE COUVERTE. 07 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. 08 DANS TROU OU SUR SOL PROTEGE 09 ENFOUISSEMENT 10</p> <p>ELIMINER HORS DE LA FOSA STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 11 STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE. 12 STOCKAGE NON PROTEGE. 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. 95</p>
602	<p>VERIFIEZ Q600 ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA FOSA (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA FOSA (CODE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> → 604</p>
603	<p>DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA FOSA POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI CES DECHETS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA FOSA, OBSERVER LE SITE OU ILS SONT STOCKES AVANT LE RAMASSAGE SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. 1 DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p>

604	VERIFIEZ Q601. ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA FOSA (TOUT CODE AUTRE QUE "95"ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA FOSA (CODE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	606
605	DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA FOSA POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES SI CES DECHETS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA FOSA, OBSERVER LE SITE OU ILS SONT STOCKE AVANT LE RAMASSAGE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.	PAS DE DECHETS VISIBLES. 1 DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8	
606	VERIFIEZ Q600 ET Q601 UTULISATION D' INCINERATEUR (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	INCINERATEUR NON UTULISE <input type="checkbox"/> (NI "2" NI "3"ENCERCLE)	610
607	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L' INCINERATEUR	INCINERATEUR OBSERVE. 1 INCINERATEUR RAPPORTE,PAS VU. 2	
608	Est-ce que l'incinérateur fonctionne aujourd'hui? ACCEPTER REPONSE RAPPORTEE PAR UN REONDANT INFORME	OUI 1 NON 2 NSP 8	610
609	Est-ce que le carburant/combustible est disponible aujourd'hui? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI 1 NON 2 NSP 8	
610	Est-ce que vous avez les normes et directives de gestion des déchets médicaux qui sont disponibles dans ce service ?	OUI. 1 NON 2	620e
611	Puis-je les voir ?	OBSERVEES. 1 RAPPORTEES , PAS VUES. 2	
TOILETTE DES PATIENTS			
620a	Existe-t-il une latrine / toilette pour les malades ambulatoires ?	OUI 1 NON 2	700
620b	Si oui, cette latrine / toilette est-elle fonctionnelle ?	OUI 1 NON 2	700
620	Puis-je voir la latrine COCHEZ LE CODE QUI CORRESPOND	DES TOILETTES A CHASSE D'EAU CONNECTEES A : UN SYSTÈME D'ÉGOUT 11 UNE FOSSE SEPTIQUE 12 DES LATRINES A FOSSE 13 AILLEURS 14 INCONNUE / PAS SURE / NSP. 15 FOSE/LATRINES : VENTILEES AMELIOREES..... 21 FOSSE AVEC DALLE 22 FOSSE SANS DALLE 23 TOILETTES À COMPOSTAGE 31 SEAU 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES 51	

SECTION 7: EQUIPEMENT DE BASE - SALLE DE CONSULTATION EXTERNE - SALLE D'ATTENTE

A CE STADE, DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LA SALLE DE CONSULTAION GENERALE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE DANS CE SERVICE, SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

700	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans ce service et s'ils fonctionnent. DEMANDER A VOIR LE MATERIEL.	(A) DISPONIBLE			(B) EN ETAT DE FONCTIONNEMENT		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE/BALANCE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 ↘ 2 ↙	1	2	8
02	PESE ENFANT/BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]	1 → b	2 → b	3 ↘ 3 ↙	1	2	8
03	PESE BEBE/BALANCE POUR BEBE [GRADUATION 100g]	1 → b	2 → b	3 ↘ 4 ↙	1	2	8
04	TOISE POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3 ↘ 5 ↙	1	2	8
05	METRE RUBAN [POUR PERIMETRE BRACHIAL]	1	2	3 ↘ 6 ↙			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 ↘ 7 ↙	1	2	8
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 ↘ 8 ↙	1	2	8
08	TENSIOMETRE NUMERIQUE (ELECTRONIQUE)	1 → b	2 → b	3 ↘ 9 ↙	1	2	8
09	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 ↘ 10 ↙	1	2	8
10	SOURCE DE LUMIERE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3 ↘ 11 ↙	1	2	8
11	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3 ↘ 12 ↙	1	2	8
12	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3 ↘ 13 ↙	1	2	8
13	NEBULISATEUR	1 → b	2 → b	3 ↘ 14 ↙	1	2	8
14	CHAMBRE D'INHALATION	1	2	3 ↘ 15 ↙			
15	DEBITMETRES	1 → b	2 → b	3 ↘ 16 ↙	1	2	8
16	SATUROMETRE	1 → b	2 → b	3 ↘ 17 ↙	1	2	8
17	CONCENTRATEURS (EXTRACTEURS) D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 ↘ 18 ↙	1	2	8
18	BOUTEILLE D'OXYGENE REMPLIE	1 → b	2 → b	3 ↘ 19 ↙	1	2	8
19	CANULE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 ↘ 20 ↙	1	2	8
20	KITS DE PERFUSION-POUR ADULTE	1	2	3 ↘ 21 ↙			
21	KITS DE PERFUSION - POUR ENFANT	1	2	3 ↘ 710 ↙			

SALLE DE CONSULTATION EXTERNE

A CE STADE, DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE SERVICE DE CONSULTATION GENERALE.
OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATIONS SE DEROULENT INDICHER SI LES ELEMENTS SUIVANTS
SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS

710	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	DIRECTIVES, NORMES ET PROTOCOLES POUR LES MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
711	DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE 2 INTIMITE VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITE 4		

LIEU D'ATTENTE

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

SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	VERIFIEZ Q102.17 FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS LA FOSA	<input type="checkbox"/> PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL LABO OU L'ENDROIT OÙ ON FAIT LA PLUPART DES ANALYSES AVANT DE COMMENCER LA COLLECTE DE DONNEES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATION SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS LA FOSA ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.		

HEMATOLOGIE

801	Est-ce qu'on fait des test d'anémie ici-même dans la FOSA ?	OUI 1 NON 2 → 803																								
802	Veuillez SVP me dire si: 1) Chacun des équipements pour le test d'anémie est utilisé dans la FOSA , 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(a)</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(b)</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(c)</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UTILISÉ</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">Est-ce que le materiel est en etat de fonctionnement?</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">OBSERVÉ</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTÉ PAS VU</th> <th style="text-align: center;">PAS DISPONIBLE</th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </table>	(a)		(b)			(c)			UTILISÉ		EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?			Est-ce que le materiel est en etat de fonctionnement?			OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
(a)		(b)			(c)																					
UTILISÉ		EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?			Est-ce que le materiel est en etat de fonctionnement?																					
OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP																			
01	Analyseur d'hématologie (pour comptage lymphocytaire total, la formule sanguine complète, comptage plaquettaire, etc.)	1→b 2] 02←	1 → c	2 → c	3 02←	1	2	8																		
02	HemoCues	1→b 2] 04←	1 → c	2 → c	3 04←	1	2	8																		
03	Microcuvettes (avec une date d'expiration valide)		1	2	3																					
04	Hemoglobinomètre (Colorimètre ou Spectrophotomètre)	1→b 2] 07←	1 → c	2 → c	3 07←	1	2	8																		
05	Solution de Drabkin / Acide choridrique 1 N (pour colorimètre et hémoglobinomètre)		1	2	3																					
06	Pipette (pour mesurer le volume du sang)	1→b 2] 07←	1	2	3																					
07	Papier litmus pour test d'hémoglobine (avec date d'expiration valide)	1→b 2] 8 ←	1	2	3																					
*8	Test d' Emmel (pour drepanocytose)	1→b 2] 09←	1	2	3 9 ←																					
*9	Appareil d'electrophorese (pour l'electrophorese d'hemoglobine)	1→b 2] 803 ←	1 → c	2 → c	3 803←	1	2	8																		
803	Est-ce qu'on fait le comptage des CD4 dans cette FOSA ?	OUI 1 NON 2 → 806																								
804	Veuillez SVP me dire si: 1) Ces tests ou équipements pour le comptage de CD4 est utilisé dans la FOSA , 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(a)</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(b)</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(c)</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UTILISÉ</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">Est-ce que le materiel est en etat de fonctionnement non expire</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">OBSERVE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORT PAS VU</th> <th style="text-align: center;">PAS DISPONIBLE</th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </table>	(a)		(b)			(c)			UTILISÉ		EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?			Est-ce que le materiel est en etat de fonctionnement non expire			OUI	NON	OBSERVE	RAPPORT PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
(a)		(b)			(c)																					
UTILISÉ		EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?			Est-ce que le materiel est en etat de fonctionnement non expire																					
OUI	NON	OBSERVE	RAPPORT PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP																			
01	Cytometre (ex.: appareil de comptage FACS)	1→b 2] 03←	1 → c	2 → c	3 03←	1	2	8																		
02	Reactif pour le cytometre		1 → c	2 → c	3 03←	1	2	8																		
03	Analyseur a cartouche fluorescent/ Analyseur PIMA	1→b 2] 05←	1 → c	2 → c	3 05←	1	2	8																		
04	Cartouche pour l'analyseur fluorescent		1 → c	2 → c	3 05←	1	2	8																		
05	Pipette de test rapide CD4	1→b 2] 806 ←	1 → c	2 → c	3 806←	1	2	8																		

DEPISTAGE DU VIH

806	Est-ce que la FOSA fait des tests VIH, y compris le TDR du VIH, soit dans la FOSA même, soit par référence?	OUI 1 NON 2	→ 827						
807	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 809						
807a	Quels sont les tests de dépistage rapide disponibles ?	DETERMINE A UNIGOLD B DOUBLE CHECK C VIKIA D AUTRES (à préciser) X							
808	Puis-je voir un kit de TDR du VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4							
809	Est-ce qu'on utilise dans ce service, un papier filtre pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage du VIH?	OUI 1 NON 2	→ 811						
810	Puis-je voir un exemplaire de papier filtre pour le prelevement? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4							
811	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests VIH ou l'un des équipements suivants est utilisé dans la FOSA , 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) les équipements sont fonctionnel ou bien les tests sont valides	(a) TEST FAIT		(b) EST-CE QUE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBILITE?			(c) EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL OU LE TEST VALIDE?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	Test du VIH avec ELISA	1→ b	2 06↙						
02	Scanner/lecteur ELISA/EIA	1→ b	2 06↙	1 → c	2 → c	3 03↙	1	2	8
03	Nettoyeur pour scanner/lecteur ELISA (Nettoyeur manuel acceptable)			1 → c	2 → c	3 04↙	1	2	8
04	Test ELISA (ex.: ENZYGNOST, VIRONOSTIKA, MUREX...)			1 → c	2 → c	3 05↙	1	2	8
05	INCUBATEUR	1→ b	2 06↙	1 → c	2 → c	3 06↙	1	2	8
06	Réactif Dynabeads avec mixeur vortex	1→ b	2 07↙	1 → c	2 → c	3 07↙	1	2	8
07	Test Western Blot	1→ b	2 08↙	1	2	3			
08	PCR pour analyse de la charge virale [réaction de polymérisation en chaîne (PCR)]	1→ b	2 09↙	1 → c	2 → c	3 09↙	1	2	8
09	PCR pour ADN-EID	1→ b	2 812↙	1 → c	2 → c	3 812↙	1	2	8
812	Est-ce qu'il y a des directives ou normes écrites pour executer un test VIH (cela pourrait être les instructions du fabricant, notices, etc.)?	OUI 1 NON 2	→ 814						
813	Puis-je voir les directives, les instructions, notices (SOP)?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2							

814	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2	→ 816
815	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
816	Est-ce qu'il y a d'autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?	OUI 1 NON 2	→ 817a
817	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
817a	Est-ce qu'il y a un système établi pour un contrôle de qualité interne pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?	OUI. 1 NON. 2	
818	Est-ce qu'il y a un système établi pour un contrôle de qualité externe pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?	OUI. 1 NON. 2	→ 823
819	Quel système de contrôle de qualité externe, est utilisé? SONDER POUR SAVOIR LE SYSTÈME UTILISÉ. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE.	COMITE DE COMPETENCE A INSPECTION EXTERNE/ OBSERVATION DE LA TECHNIQUE. ... B ECHANTILLONS DE SANG ENVOYES AILLEURS POUR RE-DEPISTAGE. C AUTRE..... X	
820	Est-ce qu'il y a un document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OUI. 1 NON. 2	→ 823
821	Puis-je voir le rapport ou le document ?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	→ 823
822	QUEL EST LE PLUS RECENT POURCENTAGE D'ERREUR RELEVÉ PAR LE CONTRÔLE DE QUALITE EXTERNE SELON LE RAPPORT.	POURCENTAGE D'ERREUR <input type="text"/> <input type="text"/> PAS DISPONIBLE 95	
823	Est-ce qu'on envoie des échantillons de sang en dehors de la FOSA pour le dépistage du VIH?	OUI. 1 NON. 2	→ 827
824	Pour lequel des tests de dépistage du VIH on envoie des échantillons de sang en dehors de la FOSA? INSISTER	ELISA/EIA. A WESTERN BLOT. B PCR POUR EID. C DEPISTAGE RAPIDE. D AUTRE. X	
825	Est-ce que vous avez un document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de la FOSA ?	OUI. 1 NON. 2	→ 827
826	Puis je voir le document?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ,PAS VU. 2	

PRECAUTIONS DE BASE

VISITER L'ENDROIT OÙ ON FAIT LE DEPISTAGE DU VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE PAS, DEMANDER AU REPONDEUR DE VOUS LES MONTRER

827	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL (SOLUTION HYDROALCOLIQUE)	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	DIRECTIVES NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

BIOCHIMIE

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

PARASITOLOGIE/BACTERIOLOGIE

840	Veuillez me dire SVP si: a) Les EQUIPEMENTS suivants sont utilisés dans cette FOSA b) sont disponibles, et c) Les équipements sont en état de fonctionnement	(a)		(b)			(c)		
		EQUIPEMENT/TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	MICROSCOPE OPTIQUE	1→b	2 02 ↙	1 → c	2 → c	3 02 ↙	1	2	8
02	MICROSCOPE ELECTRONIQUE	1→b	2 03 ↙	1 → c	2 → c	3 03 ↙	1	2	8
03	REFRIGERATEUR DANS LE LABORATOIRE	1→b	2 04 ↙	1 → c	2 → c	3 04 ↙	1	2	8
04	INCUBATEUR	1→b	2 05 ↙	1 → c	2 → c	3 05 ↙	1	2	8
05	TUBES A ESSAI / EPROUVETTES	1→b	2 06 ↙	1	2	3			
06	CENTRIFUGEUSE POUR LA MICROBIOLOGIE DU LCR	1→b	2 07 ↙	1 → c	2 → c	3 7 ↙	1	2	8
07	MILIEU DE CULTURE CELLULAIRE	1→b	2 08 ↙	1	2	3			
08	LAMELLES EN VERRE ET COUVERCLES	1→b	2 841 ↙	1	2	3			
841	Est-ce qu'on fait dans cette FOSA des tests quelconque, sur le PALUDISME				OUI. 1 NON. 2				→ 848
842	Est-ce que les Test de Diagnostic Rapide (TDR) sont utilisés dans ce service sur le PALUDISME pour diagnostiquer le paludisme?				OUI. 1 NON. 2				→ 847
843	Puis-je voir un exemplaire du kit de TDR pour le Paludisme? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.				OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 AUCUN DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4				
844	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LE TYPE OU LA MARQUE DU KIT DE TDR DU PALUDISME SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS				SD BIOLINE. A FIRST RESPONSE. B PARACHECK. C PARAHIT. D ICT. E CARE START. F AUTRE _____ X (SPECIFIEZ)				
845	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, un poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?				OUI. 1 NON. 2				→ 847
846	Puis-je le voir				OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2				
847	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants pour le paludisme est utilisé dans la FOSA 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	(a)		(b)					
		EQUIPEMENT/TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?					
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI			
01	COLORANT DE GIEMSA	1→b	2 02 ↙	1	2	3			
02	COLORANT DE FIELD	1→b	2 03 ↙	1	2	3			
03	COLORANT ACRIDINE ORANGE	1→b	2 848 ↙	1	2	3			

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

SYPHILIS

854	Est-ce qu'on fait dans cette FOSA un quelconque , test sur la syphilis?	OUI. 1 NON. 2				→ 859						
854a	Quels sont ces tests ?	RPR A DETERMINE (SYPH) B AUTRES (à préciser)..... X										
855	Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la syphilis pour faire le diagnostic de la syphilis?	OUI. 1 NON. 2				→ 857						
856	Puis-je voir un exemplaire de TDR de la syphilis? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4										
857	En plus du TDR de la syphilis, est-ce cette FOSA fait d'autres tests sur la syphilis?	OUI. 1 NON. 2				→ 859						
858	Veuillez SVP me dire si: a) L'un des tests ou équipements suivants sur la syphilis est utilisé dans cette FOSA b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles c) L'équipement est en état de fonctionnement	(a) TEST FAIT		(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?					
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP			
01	VDRL	1→b	2 02↘	1	2	3						
02	PCR pour ISTs (CTN)	1→b	2 03↘	1	2	3						
03	Rotateur			1 → c	2 → c	3 04↘				1	2	3
04	RPR (Rapid plasma reagin test)	1→b	2 05↘	1	2	3 05↘						
05	Treponema Pallidium Assay (TPHA)	1→b	2 859↘	1	2	3 859↘						

CHLAMYDIA

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

TUBERCULOSE

861	Est-ce qu'on fait des tests sur la tuberculose dans cette FOSA ?	OUI..... 1 NON..... 2			→ 865				
862	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur la TBC est utilisé dans la FOSA 2) Tous les éléments nécessaires pour les tests sont disponibles. 3) Les équipements sont en état de fonctionnement	(a)		(b)		(c)			
		EQUIPEMENT/ TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?		EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?			
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	Test de Ziehl-Neelson pour BAAR (bacilles acido-alcool-résistants)	1→b	2 05↙						
02	Carbol Fuchsine (fuchsine phéniquée)	1→b	2 03↙	1	2	3			
03	Acide sulphurique (concentration 20-25%) ou acide d'alcool	1→b	2 04↙	1	2	3			
04	Bleu de méthylène	1→b	2 05↙	1	2	3			
05	Microscope à fluorescence (MF)	1→b	2 06↙	1→ c	2→ c	3 06↙	1	2	8
06	Milieu de culture cellulaire (par exemple, système MGIT 960)	1→b	2 07↙	1	2	3			
07	Capuche/cagoule de biosécurité	1→b	2 08↙	1	2	3			
08	Colorant uramine pour le microscope a fluorescent	1→b	2 09↙	1	2	3			
*09	Chloramine	1→b	2 10↙	1	2	3			
*10	Permanganate	1→b	2 863↙	1	2	3			
863	Est-ce que dans ce service, on utilise le GeneXpert			OUI..... 1 NON..... 2					→ 865
864	Puis-je le voir ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UNE CARTOUCHE ET UN DILUANT SONT VALIDES			OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3					
865	Est-ce qu'il y a dans ce service des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?			OUI..... 1 NON..... 2					→ 867
866	Puis-je voir un échantillon de crachoir?			OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2					
867	Est-ce que vous envoyez des échantillons de crachats en dehors de la FOSA pour le diagnostic de la TB?			OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8					→ 869A
867a	Si oui, sous quelle forme ?			CRACHATS DANS LE CRACHOIR..... 1 LAMES ETALEES..... 2 LES DEUX..... 3					
868	Est-ce qu'il y a un document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?			OUI..... 1 NON..... 2					→ 870
869	Puis-je voir le document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?			OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2					

869A	VERIFIEZ Q861 ET Q867. SI AU MOINS UN OUI, CODE "1" ENCERCLEZ <input type="checkbox"/>	PAS DE CODE "1" ENCERCLEZ <input type="checkbox"/>	880
870	Est-ce qu'il existe un système de contrôle de qualité (soit interne ou externe) pour les analyses de crachat effectuées dans ce laboratoire?	OUI..... 1 NON..... 2	880
871	Veillez me dire SVP quel type de pratique de contrôle de qualité est suivi dans cette FOSA ? SONDER POUR SAVOIR QUEL TYPE DE CONTRÔLE QUALITE EST UTILISE.	CQ INTERNE SEULEMENT..... 01 CQ EXTERNE SEULEMENT..... 02 CQ INTERNE & EXTERNE..... 03 ENVOI DE LAMES POUR LA RELECTURE (CONTRÔLE)..... 04 AUTRE..... 96 (SPECIFIEZ)	
872	Est-ce qu'il y a des documents sur les résultats des contrôles qualité (interne ou externe)?	OUI..... 1 NON..... 2	880
873	Est-ce que ces documents de contrôle de qualité (CQ interne, CQ externe ou les deux) sont conservés dans la FOSA?	DOCUMENTS SUR CQI SEULEMENT..... 1 DOCUMENTS SUR CQE SEULEMENT..... 2 DOCUMENTS SUR LES DEUX..... 3	

IMAGERIE DE DIAGNOSTIQUE

880	Est-ce qu'on fait des diagnostics par radiographie, par Echographie ou par CT Scan avec ordinateur dans cette FOSA ? SI OUI, DEMANDER A ALLER LÀ OÙ SE TROUVENT LES EQUIPEMENTS ET POSER DES QUESTIONS A LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET.	OUI..... 1 NON..... 2	ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←
-----	--	--------------------------	--------------------------------------

881	Veillez SVP me dire : 1) Si l'un des équipements suivants pour la radiographie est utilisé dans cette FOSA, s'il est disponible aujourd'hui, et 2) S'il est fonctionnel aujourd'hui	(a) EQUIPEMENT UTILISÉ		(b) EQUIPEMENT DISPONIBLE			(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	APPAREIL DE RADIOGRAPHIE NUMERIQUE	1→b	2↘ 02↙	1 → c	2→c	3 ↘ 02↙	1	2	8
02	APPAREIL DE RADIOGRAPHIE	1→b	2↘ 04↙	1 → c	2→c	3 ↘ 03↙	1	2	8
03	FILM POUR RADIOGRAPHIE NON PERIME			1 → c	2→c	3 ↘ 04↙			
04	ECHOGRAPHIE	1→b	2↘ 05↙	1 → c	2→c	3 ↘ 05↙	1	2	8
05	CT SCAN (TOMODENSITOMETRE)	1→b	2↘ 06↙	1 → c	2→c	3 ↘ 06↙	1	2	8
06	IRM	1→b	2↘ SECTION SUIVANTE	1 → c	2→c	3 ↘ ALLER A LA SECTION SUIVANTE	1	2	8

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

SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

900	VERIFIEZ Q210 EXISTENCE DE STOCKS DE MEDICAMENTS DANS LA FOSA	PAS DE STOCKS DE MEDICAMENTS ALLER A UN AUTRE SERVICE
-----	--	--

SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON STOCKE LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS
 IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE STOCKAGE ET LA GESTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS.
 SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.

Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la FOSA. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocké à un autre endroit dans la FOSA, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

ANTIBIOTIQUES

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

MÉDICAMENTS DÉPARASITANTS

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

MÉDICAMENTS CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

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

MÉDICAMENTS ANTI-FONGIQUES

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

MÉDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

905	Est-ce que les médicaments suivants contre le paludisme sont disponibles aujourd'hui dans la FOSA ?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
01	ARTEMETHER-LUMEFRAntINE [Coartem 20mg/120mg]	1	2	3	4	5
02	ARTEMETHER-LUMEFRAntINE [Coartem 40mg/240mg]	1	2	3	4	5
03	ARTEMETHER-LUMEFRAntINE [Coartem 60mg/360mg]	1	2	3	4	5
04	ARTEMETHER-LUMEFRAntINE [Coartem 80mg/360mg]	1	2	3	4	5
05	ARTESUNATE-AMODIAQUINE 25 mg comprimés 67.5mg	1	2	3	4	5
06	ARTESUNATE-AMODIAQUINE 50 mg comprimés 135mg	1	2	3	4	5
07	ARTESUNATE-AMODIAQUINE 100 mg comprimés 270mg	1	2	3	4	5
10	FANSIDAR [SULFADOXINE + PYRIMETHAMINE]	1	2	3	4	5
11	QUININE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
12	QUININE INJECTION	1	2	3	4	5
13	ARTESUNATE INJECTABLE	1	2	3	4	5
14	ARTESUNATE SUPPOSITOIRES	1	2	3	4	5
15	AUTRE MÉDICAMENT CONTRE LE PALUDISME	1	2	3	4	5

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la santé maternelle suivants sont disponibles aujourd'hui dans la FOSA ?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
01	CALCIUM GLUCONATE INJECTION	1	2	3	4	5
02	ACIDE FOLIQUE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
03	COMPRIMÉS DE FER	1	2	3	4	5
04	COMPRIMÉS COMBINÉS FER + ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
05	MAGNESIUM SUPHATE INJECTION	1	2	3	4	5
06	MISOPROSTOL COMPRIMÉS/CAPSULES (CYTOTEC)	1	2	3	4	5
07	OXYTOCINE OU AUTRE UTEROTONIQUE INJECTABLE	1	2	3	4	5
08	VACCIN ANTITÉTANIQUE	1	2	3	4	5
09	SELS DE REHYDRATION ORALE (SRO) SACHETS	1	2	3	4	5
10	VITAMINE A	1	2	3	4	5
11	COMPRIMÉS DE ZINC	1	2	3	4	5
12	CHLORHEXIDINE 7,1 %	1	2	3	4	5

SOLUTES INTRAVEINEUX

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

MÉDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

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

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MÉDICAMENTS GÉNÉRAUX

909	OBSERVEZ L'ENDROIT OÙ LES MÉDICAMENTS QUI ONT ÉTÉ ÉVALUÉS SONT STOCKÉS ET INDIQUEZ L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS SONT PROTÉGÉS CONTRE L'EAU ?	1	2
03	EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS SONT PROTÉGÉS CONTRE LE SOLEIL ?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIÈCE EST SANS TRACE DE LA PRÉSENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE DE STOCKAGE EST BIEN AÉRÉE?	1	2
910	EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS SONT ENTREPOSÉS SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier à être périmé", "le premier à sortir")?	OUI, TOUS LES MÉDICAMENTS..... 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MÉDICAMENTS..... 2 NON..... 3 OUI, TOUS LES MÉDICAMENTS ONT LA MÊME DATE D'EXPIRATION..... 4	
911	Quel est le système utilisé dans cette FOSA pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui? DEMANDEZ À VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTREZ CE QUI EST OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT..... 1 REGISTRE DE STOCKS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT..... 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS..... 3 REGISTRE DE STOCKS PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MÉDICAMENTS DISTRIBUÉS..... 4 AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)..... 6	

MATÉRIELS

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

SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	VERIFIEZ Q212 PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE FOSA (RESPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) ALLER A LA SOUS SECTION 9.3
-----	--	---

	Est-ce que les PRODUITS CONTRACEPTIF suivants sont disponibles aujourd'hui dans la FOSA ?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	PILULES COMBINEES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3	4	5
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3	4	5
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3	4	5
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3	4	5
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3	4	5
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3	4	5
07	DISPOSITIF INTRA UTERIN (DIU)	1	2	3	4	5
08	IMPLANT	1	2	3	4	5
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE	1	2	3	4	5
10	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE OU METHODE DES JOURS FIXES)	1	2	3	4	5
*11	SPERMICIDE	1	2	3	4	5
*12	DIAPHRAGME	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

	OBSERVEZ L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDIQUEZ L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRES ?	1	2
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT PROTEGES CONTRE L'EAU ?	1	2
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT PROTEGES CONTRE LE SOLEIL ?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉREÉ?	1	2

923 EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. 2 NON. 3
---	--

924 Quel est le système mis en place dans cette FOSA pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui? DEMANDEZ A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTREZ CE QUI EST OBSERVE	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT. . . 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QUOTIDIEN 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)
--	---

925 L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE PF
ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT.	REMERCIEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE PF ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT.

SECTION 9.3: MEDICAMENTS ANTI-TUBERCULEUX

930	VERIFIEZ Q214 ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENGERCLÉ) <input type="checkbox"/>	ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA FOSA (RESPONSE 1 OU 3 ENGERCLÉ) <input type="checkbox"/> ALLER A LA SOUS SECTION 9.4 <input type="checkbox"/>	
-----	--	---	--

931	Est-ce que les antituberculeux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la FOSA ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ETHAMBUTOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	ISONIAZIDE COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	PYRAZINAMIDE	1	2	3	4	5
04	RIFAMPICINE	1	2	3	4	5
05	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE	1	2	3	4	5
06	ISONIAZIDE + ETHAMBUTOL (EH) (2FDC)	1	2	3	4	5
07	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE (RHZ) (3FDC)	1	2	3	4	5
08	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + ETHAMBUTOL (RHE) (3FDC)	1	2	3	4	5
09	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE + ETHAMBUTOL (4FDC) 1		2	3	4	5
10	STREPTOMYCINE INJECTABLE	1	2	3	4	5
931a	Est-ce que la FOSA a expérimenté une rupture des stocks les 12 derniers mois?	OUI	NON	NSP		1 2 8
931b	Est-ce que la FOSA dispose des comprimés pédiatriques ?	OUI	NON	NSP		1 2 8

CONDITIONS DE STOCKAGE DES ANTITUBERCULEUX

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

SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

940	VERIFIEZ Q216 ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS STOCKÉS DANS LA FOSA (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)				ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA FOSA (REPOSNE 2 NON ENCERCLÉ)	
		↓			←	
		ALLER A UN AUTRE SERVICE				
941	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) sont disponibles aujourd'hui dans cette FOSA ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ZIDOVDINE (ZDV, AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	ZIDOVDINE (ZDV, AZT) SIROP	1	2	3	4	5
03	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04	DIDANOSINE (ddI) COMPRIMES	1	2	3	4	5
05	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
06	LAMIVUDINE (3TC) SIROP	1	2	3	4	5
07	STAVUDINE 30 (D4T)	1	2	3	4	5
08	STAVUDINE SIROP	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF)	1	2	3	4	5
10	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
942	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) sont disponibles aujourd'hui dans cette FOSA ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
03	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
04	EFAVIRENZ (EFV) SIROP	1	2	3	4	5
05	DELAVIRDINE (DLV)	1	2	3	4	5
943	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur de la protéase sont disponibles aujourd'hui dans cette FOSA ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	LOPINAVIR (LPV)	1	2	3	4	5
02	INDINAVIR (IDV)	1	2	3	4	5
03	NELFINAVIR (NFV)	1	2	3	4	5
04	SAQUINAVIR (SQV)	1	2	3	4	5
05	RITONAVIR (RTV)	1	2	3	4	5
06	ATAZANAVIR (ATV)	1	2	3	4	5
07	FOSAMPRENAVIR (FPV)	1	2	3	4	5
08	TIPRANAVIR (TPV)	1	2	3	4	5
09	DARUNAVIR (DRV)	1	2	3	4	5

944	Est-ce que les les ARV suivants, du type Inhibiteur de Fusion ou ARV Combinés sont disponibles aujourd'hui dans la FOSA ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ENFUVIRDITE (T-20)	1	2	3	4	5
02	STAVUDINE + LAMIVUDINE [D4T + 3TC]	1	2	3	4	5
03	STAVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [D4T + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
04	ZIDOVDINE + LAMIVUDINE [AZT + 3TC]	1	2	3	4	5
05	ZIDOVDINE + LAMIVUDINE + ABACAVIR [AZT + 3TC + ABC]	1	2	3	4	5
06	ZIDOVDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [AZT + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
07	TENOFOVIR + EMTRICITABINE [TDF + FTC]	1	2	3	4	5
08	TENOFOVIR + LAMIVUDINE [TDF + 3TC]	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR + LAMIVUDINE + EFAVIRENZ [TDF + 3TC + EFV]	1	2	3	4	5
10	TENOFOVIR + EMTRICITABINE + EFAVIRENZ [TDF + FTC + EFV]	1	2	3	4	5
*11	TENOFOVIR + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [TDF + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
CONDITIONS DE STOCKAGE DES ARV						
945	OBSERVEZ L'ENDROIT OU LES ARV SONT STOCKES ET INDIQUEZ L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.			OUI	NON	
01	EST-CE QUE LES ARV SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRE ?			1	2	
02	EST-CE QUE LES ARV SONT PROTEGES CONTRE L'EAU ?			1	2	
03	EST-CE QUE LES ARV SONT PROTEGES CONTRE LE SOLEIL ?			1	2	
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?			1	2	
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉREÉ?			1	2	
946	EST-CE QUE LES ARV SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. 2 NON. 3				
947	Quel est le système utilisé dans cette FOSA pour gérer la quantité d'ARV reçue, la quantité distribuée et la quantité restante aujourd'hui? DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT. . . 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QUOTIDIEN 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE DES ARV DISTRIBUÉS. 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES ARV DISTRIBUÉS. 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)				
948	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/> ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ←	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE ARV <input type="checkbox"/> REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE ARV ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ←				

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS

1000	VERIFIEZ Q102.01 SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE	PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OU LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS LA FOSA . IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.

1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre FOSA , et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la FOSA , et combien de jours par mois dans la communauté.				
	SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	(a)	(b)		
		# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA FOSA	# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE		
01	Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
02	Vaccination Polio	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
03	Vaccination Rougeole (VAR)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
04	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
*05	VAA	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
1002	Est-ce que les directives/protocoles/normes nationales en matière de vaccination infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2		→ 1004
1003	Puis-je les voir ?	OBSERVEES RAPPORTEES, PAS VUES.	1 2		→ 1006
1004	Y a-t-il d'autres types de normes/directives en matière de vaccination infantile qui sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2		→ 1006
1005	Puis-je les voir ?	OBSERVEES RAPPORTEES, PAS VUES.	1 2		
1006	DEMANDEZ A VOTRE REpondant DE VOIR LES ELEMENTS NECESSAIRES POUR LES SERVICES DE VACCINATION	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	Cartes ou carnets individuels de vaccination vierges	1	2	3	
02	Feuilles de pointage (contrôle)	1	2	3	
03	Registre de vaccination	1	2	3	
1007	Est-ce que cette FOSA conserve habituellement ses vaccins, ou bien les fait chercher auprès d'une autre FOSA où ces vaccins lui sont livrés quand les services sont fournis?	CONSERVE LES VACCINS. SE RAVITAILLE AILLEURS.	1 2		→ 1014
1008	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES VACCINS SONT CONSERVES. DEMANDER A VOIR LE REFRIGERATEUR.	REFRIGERATEUR OBSERVE. REFRIGERATEUR PAS OBSERVE.	1 2		→ 1014
1008A	INDIQUEZ LE TYPE DE REFRIGERATEUR OBSERVE.	REFRIGERATEUR PEV REFRIGERATEUR A USAGE DOMESTIQUE	1 2		

1009	Avez-vous une feuille de température (un graphique de suivi de la chaîne de froid)?	OUI 1 NON 2	→ 1012					
1010	Puis-je le voir?	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU 2	→ 1012					
1011	VERIFIEZ SI LE GRAPHIQUE DE SUIVI DE LA TEMPERATURE A ETE REMPLI DEUX FOIS PAR JOUR, CHAQUE JOUR, AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, Y COMPRIS LE WEEK-END ET LES JOURS FERIÉS	OUI, REMPLI 1 NON, PAS REMPLI 2						
1012	S'il vous plaît, dites-moi si chacun des vaccins suivants est disponible aujourd'hui dans la FOSA . Si oui, je voudrais le voir. SI C'EST DISPONIBLE, VERIFIEZ SI AU MOINS UN EST VALIDE(NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) NON OBSERVE					
		AU MOINS UN VALIDE	AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HU	JAMAIS ETE DISPONIBLE		
		01	DTC-Hib+HepB [PENTAVALENT]	1	2	3	4	5
		02	VACCIN ORAL POLIO	1	2	3	4	5
		03	VACCIN ROUGEOLE ET DILUANT	1	2	3	4	5
		04	VACCIN BCG ET DILUANT	1	2	3	4	5
*05	VACCIN ANTI AMARIL(VAA)	1	2	3	4	5		
1013	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR?	ENTRE +2 ET +8 DEGRES. 1 AU-DESSUS DE +8 DEGRES. 2 EN-DESSOUS DE +2 DEGRES. 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL. 4 PAS DE THERMOMETRE 5						
1014	Combien de glacières/boîtes isothermes avez-vous? DEMANDEZ A VOIR LES GLACIERES. UNE REPOSE RAPPORTEE PAR UN REpondant INFORME EST ACCEPTABLE	UN. 1 DEUX OU PLUS. 2 AUCUN. 3	→ 1050					
1015	Combien d'accumulateur de froid avez-vous? DEMANDEZ A VOIR LES briquettes LES RESPONSES RAPPORTEES SONT ACCEPTABLES ATTENTION: 4-5 ACCUMULATEUR FONT UN LOT.	UN LOT. 1 DEUX OU PLUS. 2 UTILISATION DE LA GLACE ACHETEE PLUTOT 3 PAS D'ACCUMULATEUR. 4						
1016	AU COURS DE TROIS DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS CONNU UNE RUPTURE DE STOCK DE VACCIN SUIVANT:	OUI	NON	NSP				
	DTC-Hib+HepB [PENTAVALENT]	1	2	8				
	VACCIN ORAL POLIO	1	2	8				
	VACCIN ROUGEOLE ET DILUANT	1	2	8				
	VACCIN BCG ET DILUANT	1	2	8				
	VACCIN ANTI AMARIL(VAA)	1	2	8				

PRECAUTIONS DE BASE

1050	<p>VISITEZ LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETE VISITÉ, INDIQUEZ DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTRÉES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES (Q710).....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES CURATIFS (Q1250).....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL (Q1350).....</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN (Q1450).....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME (Q1550).....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE (Q1650).....</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>SERVICES IST.....</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE.....</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE.....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT.....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES (Q710).....	11	SOINS INFANTILES CURATIFS (Q1250).....	13	PLANNING FAMILIAL (Q1350).....	14	CPN (Q1450).....	15	PTME (Q1550).....	16	MATERNITE (Q1650).....	17	SERVICES IST.....	18	TUBERCULOSE.....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22	CHIRURGIE MINEURE.....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> SECTION SUIVANTE/SERVICE </div>
CONSULTATIONS GENERALES (Q710).....	11																										
SOINS INFANTILES CURATIFS (Q1250).....	13																										
PLANNING FAMILIAL (Q1350).....	14																										
CPN (Q1450).....	15																										
PTME (Q1550).....	16																										
MATERNITE (Q1650).....	17																										
SERVICES IST.....	18																										
TUBERCULOSE.....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22																										
CHIRURGIE MINEURE.....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										
1051	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.	OBSERVÉ	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5 %]	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
1052	DECRIVEZ L'ENVIRONNEMENT DES SERVICES DE VACCINATION DES ENFANTS.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE.....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITE VISUELLE SEULEMENT.....</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITE.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITE VISUELLE SEULEMENT.....	3	PAS D'INTIMITE.....	4																	
SALLE SEPARÉE.....	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE.....	2																										
INTIMITE VISUELLE SEULEMENT.....	3																										
PAS D'INTIMITE.....	4																										
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

SECTION 11: SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT

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

DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS
 IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE.
 SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.

1101	S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette FOSA , et le nombre de jours par mois dans la communauté UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA FOSA	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Suivi de la croissance de l'enfant	# DE JOURS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	# DE JOURS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> 00=PAS DE SERVICES

1102	Est-ce que vous avez des directives/normes pour le suivi de la croissance de l'enfant qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 1104
------	---	----------------------------	--------

1103	Puis-je les voir?	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	
------	-------------------	---	--

1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250g)	1 → b	2 → b	3 <input style="width: 30px;" type="text"/> 02 ←	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR BEBE (GRADUATION 100g)	1 → b	2 → b	3 <input style="width: 30px;" type="text"/> 03 ←	1	2	8
03	TOISE	1 → b	2 → b	3 <input style="width: 30px;" type="text"/> 04 ←	1	2	8
04	METRE RUBAN [POUR PERIMETRE BRACHIAL]	1	2	3 <input style="width: 30px;" type="text"/> 05 ←			
05	COURBES DE CROISSANCE / CARTE DE CPS	1	2	3 <input style="width: 30px;" type="text"/> 06 ←			
*06	CULOTTE POUR SALTER	1	2	3 <input style="width: 30px;" type="text"/> 1105 ←			

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

SECTION 11A: PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION

VERIFIEZ Q102.20 SERVICE DE NUTRITION DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE NUTRITION DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	
SECTION/ SERVICE SUIVANT(E) ←		

DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE MALNUTRITION SONT FOURNIS
IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE MALNUTRITION.
SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.

1105	Est-ce que cette FOSA dispose de services suivants :	OUI		NON		
01	UNS (Unité Nutritionnelle de Supplémentation)	1		2		
02	UNTA (Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire)	1		2		
03	UNTI (Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive)	1		2		
1106	Est-ce cette FOSA dispose des intrants suivants	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ			
	VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALI	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPO. AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (Plumpy nut, Plumpy sup)	1	2	3	4	5
02	Lait thérapeutique	1	2	3	4	5
1107	Avez-vous connu une rupture de stock des intrants ci-haut le mois dernier ?	OUI 1 NON 2		→ 1111		
1108	Si oui, lesquels étaient en rupture de stock ?	OUI		NON		
01	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (Plumpy nut, Plumpy sup)	1		2		
02	Lait thérapeutique	1		2		
1109	Etes-vous présentement en rupture de stock des intrants ci-haut?	OUI 1 NON 2		→ 1111		
1110	Si oui, lesquels sont en rupture de stock ?	OUI		NON		
01	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (Plumpy nut, Plumpy sup)	1		2		
02	Lait thérapeutique	1		2		
1111	Est-ce que les directives/normes de la prise en charge de la malnutrition sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI. 1 NON 2		→ 1113		
1112	Puis-je les voir?	OBSERVE 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2				
1113	Est-ce que la FOSA dispose des tables de rapport poids/taille?	OUI. 1 NON 2		→ 1200		
1114	Puis-je les voir?	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU. 2				

SECTION 12: SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	VERIFIEZ Q102.03 SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/> SECTION/SERVICE SUIVANT(E) <input type="checkbox"/>			
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES. IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES. SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
1201	Veuillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont offerts dans cette FOSA pour les enfants de moins de 5 ans, et le nombre de jours par mois où ils sont fournis dans la communauté. UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA FOSA	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE / SITE DES SOINS COMMUNAUTAIRES		
01	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades	# DE JOURS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
1202	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, offrent les services suivants	OUI	NON		
01	DIAGNOSTIQUENT ET/OU TRAITENT LA MALNUTRITION INFANTILE	1	2		
02	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	1	2		
03	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN FER	1	2		
04	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN ZINC	1	2		
1203	Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les directives/normes de la PCIME dans les prestations de services aux enfants de moins de 5 ans?	OUI..... 1 NON..... 2			
1204	Est-ce que les directives/normes de la PCIME pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1206		
1205	Puis-je les voir?	OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2	→ 1208		
1206	Est-ce que d'autres directives/normes pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1208		
1207	Puis-je les voir ?	OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2			
1208	Est-ce que cette FOSA dispose d'un système par lequel certaines observations et paramètres sont systématiquement relevés sur les enfants malades, avant la consultation pour la maladie déclarée? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITES AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1210		
1209	OBSERVEZ SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE DEMANDEZ :	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITE PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ? Pesée de l'enfant	1	2	3	8
02	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme	1	2	3	8
03	Prise de la température de l'enfant	1	2	3	8
04	Verification du carnet de vaccination	1	2	3	8
05	Causerie éducative	1	2	3	8
06	Administration des antipyrétiques et/ou pose d'un linge mouillé pour réduire la température du corps	1	2	3	8
07	Triage des enfants malades, c'est-à-dire donner priorité a ceux qui sont plus gravement malades	1	2	3	8

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

PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITEZ LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETE VISITE, INDIQUEZ DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ETE ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES.</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL.</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN.</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME.</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE.</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>SERVICES IST.</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE.</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE.</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT.</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES.	11	VACCINATION INFANTILE	12	PLANNING FAMILIAL.	14	CPN.	15	PTME.	16	MATERNITE.	17	SERVICES IST.	18	TUBERCULOSE.	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES.	22	CHIRURGIE MINEURE.	23	PAS VISITE AVANT.	31	
CONSULTATIONS GENERALES.	11																										
VACCINATION INFANTILE	12																										
PLANNING FAMILIAL.	14																										
CPN.	15																										
PTME.	16																										
MATERNITE.	17																										
SERVICES IST.	18																										
TUBERCULOSE.	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES.	22																										
CHIRURGIE MINEURE.	23																										
PAS VISITE AVANT.	31																										
1251	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5%]	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
1252	<p>DECRIVEZ L'ENVIRONNEMENT DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE.</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITE VISUELLE SEULEMENT.</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITE.</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE.	2	INTIMITE VISUELLE SEULEMENT.	3	PAS D'INTIMITE.	4																	
SALLE SEPARÉE.	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE.	2																										
INTIMITE VISUELLE SEULEMENT.	3																										
PAS D'INTIMITE.	4																										
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	VERIFIEZ Q102.04	FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>	
		↓ SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←		
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA FOSA . IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PF. SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.				
1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette FOSA ? UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
1302	Est-ce que cette FOSA fournit (c'est-à-dire, stocke les produits), prescrit, conseille ou réfère les clientes pour l'une des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFERE	NON
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3
07	DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)/ STERILET	1	2	3
08	IMPLANT	1	2	3
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULES DU LENDEMAIN)	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (SUIVI DU CYCLE PAR LA METHODE ABSTINENCE RYTHMIQUE/COLLIER)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR LA CONTINENCE PERIODIQUE		2	3
12	STERILISATION MASCULINE	1	2	3
13	STERILISATION FEMININE	1	2	3
14	AUTRES METHODES (PAR EX., SPERMICIDE OU DIAPHRAGME)	1	2	3
1303	Est-ce que les directives/normes nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2		→ 1305
1304	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2		→ 1307
1305	Est-ce ce que d'autres directives/normes en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2		→ 1307
1306	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTES, PAS VUES. 2		
1307	Est-ce des fiches ou des cartes individuelles des clients sont conservées dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2		→ 1309
1308	Puis-je les voir ?	OBSERVÉE. 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. 2		

1309	Y a-t-il dans votre FOSA un système par lequel certaines observations ou paramètres sont systématiquement relevés chez les clients avant de faire la consultation? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR OU SE DEROULENT CES ACTIVITES.	OUI..... 1 NON..... 2				→ 1311
1310	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDEZ: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP	
01	Pesée des clientes	1	2	3	8	
02	Prise de la tension	1	2	3	8	
03	Causerie éducative	1	2	3	8	
*04	Prise de la taille	1	2	3	8	
1311	Dans ce service est-ce que les prestataires diagnostiquent et traitent systématiquement les IST, ou est-ce que les patients IST sont référés vers un autre prestataire ou une autre FOSA pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAITENT SYSTEMAT IST..... 1 DIAGNOSTIQUENT MAIS REFERENT POUR TRAITEMENT . 2 REFERENT AILLEURS DANS LA FOSA PR DIAGN ET TRAIT 3 REFERENT HORS DE LA FOSA POUR DIAGN ET TRAIT 4 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAITEMENT/REFERENCE..... 5				
1312	Est-ce que les prestataires en PF font des tests de dépistage du VIH dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2				→ 1314
1313	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4				

EQUIPEMENTS ET MATERIELS

1314	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 02 ↘	1	2	8
02	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 03 ↘	1	2	8
03	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 04 ↘	1	2	8
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 05 ↘	1	2	8
05	TABLE GYNECOLOGIQUE TABLE DE CONSULTATION	1	2	3			
06	ECHANTILLON METHODES DE PF	1	2	3			
07	AUTRES SUPPORTS VISUELS SPECIFIQUES A LA PF [PAR EX. FLIP, CHARTS, DEPLIANTS]	1	2	3			
08	MODELE POUR DEMONTRER L'INSERTION DU DIU	1	2	3			
09	MODELE POUR DEMONTRER L'UTILISATION DU CONDOM	1	2	3			
*10	TOISE	1 → b	2 → b	3 11 ↘	1	2	8
*11	BALANCE	1 → b	2 → b	3 1315 ↘	1	2	8

1315	VERIFIEZ Q1302.07 & Q1302.08. (REPONSE "1" ENCERCLEE)			DIU OU IMPLANT FOURNI DANS LA FOSA <input type="checkbox"/>	NI DIU NI IMPLANT FOURNI DANS LA FOSA <input type="checkbox"/>	→ 1321
DEMANDEZ A ALLER DANS LA SALLE OU A L'ENDROIT OU LES DIU ET/OU LES IMPLANTS SONT INSERES OU RETIRES						
1316	Veuillez me montrer les éléments suivants pour l'insertion du DIU ou des implants:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE		
01	GANTS STERILES	1	2	3		
02	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3		
03	PINCES EN COEUR	1	2	3		
04	TAMPON DE GAZE OU COTON STERILE	1	2	3		
1317	VERIFIEZ Q1302.07 (REPONSE "1" ENCERCLEE)			DIU <input type="checkbox"/> FOURNI DANS LA FOSA	DIU PAS FOURNI DANS LA FOSA <input type="checkbox"/>	→1319
1318	Veuillez SVP me montrer les éléments suivants pour la pose/ l'insertion du DIU:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE		
01	SPECULUM VAGINAL- PETIT	1	2	3		
02	SPECULUM VAGINAL- MOYEN	1	2	3		
03	SPECULUM VAGINAL- LARGE	1	2	3		
04	PINCE UTERINE DE POZZI/ PINCE A COL	1	2	3		
05	SONDE UTERINE / HYSTEROMETRE	1	2	3		
*06	PAIRE DE CISEAUX LONGS ET COURBES	1	2	3		
*07	PINCE MOSQUITO	1	2	3		
1319	VERIFIEZ Q1302.08. (REPONSE "1" ENCERCLEE)			IMPLANT <input type="checkbox"/> FOURNI DANS LA FOSA	IMPLANT PAS FOURNI DANS LA FOSA <input type="checkbox"/>	→ 1321
1320	Veuillez me montrer les éléments suivants pour la pose/ de l'implant.	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE		
01	ANESTHESIAANT LOCAL	1	2	3		
02	SERINGUES ET AIGUILLES STERILES	1	2	3		
03	CANULE ET TROCART POUR INSERER L'IMPLANT	1	2	3		
04	PAQUET D'IMPLANT SCELLÉ	1	2	3		
05	BISTOURI	1	2	3		
06	KIT DE CHIRURGIE LEGERE (PAR EX., PINCE ARTERIELLE)	1	2	3		
*07	SOLUTION CHLOREE 0.5%	1	2	3		
1321	Où le matériel, tel que les speculums ou les pinces, déjà utilisé pour la fourniture de services en PF, est-il traité pour la réutilisation?	DANS LE SERVICE DE PF. 1 LIEU CENTRAL DANS LA FOSA 2 DANS LES DEUX ENDROITS PAS DE TRAITEMENT DU MATERIEL DANS LA FOSA 4			→ 1350	→ 1350
1322	Quelle est, dans ce service, la méthode finale de traitement du matériel utilisé en PF? SONDEZ POUR TOUTES LES METHODES UTILISEES	AUTOCLAVE. A STERILISATION A LA VAPEUR. B IMMERSION DANS SOLUTION CHLORINE. C FAIRE BOUILLIR OU CHAUFFER. D NETTOYAGE AVEC EAU ET SAVON. E TREMPE DANS UNE AUTRE SOLUTION ANTISEPTIQUE F				

PRECAUTIONS DE BASE

1350	VISITEZ LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUEZ LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTRÉES.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">CONSULTATIONS GENERALES</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>VACCINATION INFANTILE</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>SOINS CURATIFS INFANTILES</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>CPN.....</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>PTME.....</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>MATERNITE</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>IST</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>TUBERCULOSE.....</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>CHIRURGIE MINEURE.....</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>PAS VISITE AVANT.....</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES	11	VACCINATION INFANTILE	12	SOINS CURATIFS INFANTILES	13	CPN.....	15	PTME.....	16	MATERNITE	17	IST	18	TUBERCULOSE.....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22	CHIRURGIE MINEURE.....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	SERVICE/SECTION SUIVANT
CONSULTATIONS GENERALES	11																										
VACCINATION INFANTILE	12																										
SOINS CURATIFS INFANTILES	13																										
CPN.....	15																										
PTME.....	16																										
MATERNITE	17																										
IST	18																										
TUBERCULOSE.....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22																										
CHIRURGIE MINEURE.....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										
1351	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DSIPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE A PEDALE/ AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↘	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5%]	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
*14	TABLIER	1	2	3																							
1352	DECRIVEZ L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE DES SERVICES DE PF	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">SALLE SEPARÉE.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>PAS D'INTIMITÉ.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ.....	4																	
SALLE SEPARÉE.....	1																										
SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																										
PAS D'INTIMITÉ.....	4																										
1353	VERIFIEZ Q212 CONTRACEPTIFS PAS STOCKÉS OU STOCKÉS AILLEURS (REPONSE 1 PAS ENCERCLÉE) <input type="checkbox"/>	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REPONSE 1 ENCERCLÉE) <input type="checkbox"/>	→ 921																								
REMERCIEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

1400	VERIFIEZ Q.102.05 SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA FOSA <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA FOSA <input type="checkbox"/> SECTIONSUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←		
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON OFFRE LES SERVICES DE CPN DANS LA FOSA . IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES CPN. SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.				
1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles offertes dans cette FOSA ? UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS/MOIS	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
1402	Est-ce que les prestataires de services CPN fournissent habituellement aux femmes enceintes, les services de CPN suivants?	OUI	NON	
01	SUPPLEMENTATION EN FER	1	2	
02	SUPPLEMENTATION EN ACIDE FOLIQUE	1	2	
03	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME	1	2	
04	VACCINATION CONTRE LE TETANOS	1	2	
*05	DEPARASITAGE AU MEBENDAZOLE / ALBENDAZOLE	1	2	
*06	UTILISATION DE LA MIILD	1	2	
1403	VERIFIEZ Q1402.04 VACCINATION ANTI TETANIQUE FOURNIE <input type="checkbox"/>	VACCINATION ANTI TETANIQUE PAS FOURNIE <input type="checkbox"/>	1406	
1404	Est-ce que le vaccin anti tétanique est disponible tous les jours où les services de CPN sont offerts dans la FOSA ?	OUI 1 NON PAS TOUS LES JOURS DE CPN. 2	→ 1406	
1405	Combien de jours par semaine la vaccination anti tétanique est-elle disponible dans la FOSA ?	JOURS PAR SEMAINE. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> MOINS D'UN JOUR PAR SEMAINE. 0		
1406	Est-ce que les prestataires en CPN fournissent l'un des tests suivants aux femmes enceintes, comme faisant partie intégrante de la CPN? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR LE KIT DU TEST OU L'EQUIPEMENT. SI LE TEST N'EST PAS FAIT, SONDER POUR SAVOIR S'IL EST FAIT DANS UN AUTRE SERVICE DE LA FOSA VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT DE CHAQUE TEST EST VALIDE/NON PERIME	TEST FOURNIE DE FACON INTEGRALE	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) PAS OBSERVÉ
		OUI NON	AU MOINS UN VALIDE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU AUCUN DISPONIBLE AUJOURD'HUI DISPONIBLE AILLEURS DANS LA FOSA OU HORS DE LA FOSA
01	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH	1 2 1407 ↙	1 2	3 4 5
02	TEST D'ALBUMINURIE	1 2 1407 ↙	1 2	3 4 5
03	TEST DE GLUCOSURIE	1 2 1407 ↙	1 2	3 4 5
04	N'IMPORTE QUEL TEST RAPIDE D'ANEMIE	1 2 1407 ↙	1 2	3 4 5
05	TEST RAPIDE DE DEPISTAGE DE LA SYPHILIS	1 2 1407 ↙	1 2	3 4 5
*06	TDR PALUDISME	1 2 1407 ↙	1 2	3 4 5
*07	GROUPAGE SANGUIN	1 2 1407 ↙	1 2	3 4 5

1407	Comme partie intégrante des CPN, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux femmes enceintes	OUI	NON
01	CONSEILS A FAIRE AU MOINS 4 CPN POUR CHAQUE GROSSESSE	1	2
02	CONSEILS SUR LA PREPARATION DE LA NAISSANCE ET DE L'ACCOUCHEMENT	1	2
03	CONSEILS SUR LE PLANNING FAMILIAL(TOUTES LES FEMMES)	1	2
04	CONSEILS SUR LE VIH/SIDA	1	2
05	CONSEILS SUR LE PALUDISME ET L'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE POUR SE PROTEGER DES PIQURES DES MOUSTIQUES	1	2
06	CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	1	2
07	CONSEILS SUR LES SOINS AU NOUVEAU-NE	1	2
08	CONSEILS SUR LES VISITES POST NATALES	1	2
1408	Dans cette FOSA , est-ce que les prestataires en CPN font systématiquement le diagnostic et le traitement des IST, ou les femmes enceintes atteintes d'IST sont référées à un autre prestataire ou une autre FOSA pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAITENT SYSTEMAT IST. 1 DIAGNOSTIQUENT MAIS REFERENT POUR TRAITEMENT . 2 REFERENT AILLEURS DANS LA FOSA PR DIAGN ET TRAIT 3 REFERENT HORS DE LA FOSA POUR DIAGN ET TRAIT ... 4 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAITEMENT/REFERENCE. 5	
1409	Est-ce que les directives/normes nationales pour les CPN sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1411
1410	Puis-je les voir ? ACCEPTABLE SI INCLUES DANS D'AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→ 1413
1411	Est-ce que d'autres types de directives/normes sur les CPN sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI. 1 NON. 2	→ 1413
1412	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
1413	Est-ce que des directives/normes sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1415
1414	Puis-je les voir ? ACCEPTABLE SI FAISANT PART DES AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des femmes enceintes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénatals, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1417
1416	Puis-je les voir ?	OBSERVÉS 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. 2	
1417	Est-ce que des cartes ou des fiches-clients individuelles pour les CPN ou CPoN sont conservées dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1419
1418	Puis-je les voir?	OBSERVÉE 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. 2	
1419	Est-ce que cette FOSA dispose d'un système par lequel les observations ou les paramètres des femmes enceintes sont systématiquement relevés avant la CPN? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OÙ CES ACTIVITÉS SE DEROULENT.	OUI. 1 NON. 2	→ 1421

1420	OBSERVEZ POUR VOIR SI LES ACTIVITÉS CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI UNE ACTIVITÉ N'EST PAS OBSERVÉE, DEMANDEZ: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes en CPN?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée des femmes enceintes	1	2	3	8
02	Prise de la tension	1	2	3	8
03	Causerie éducative	1	2	3	8
04	Test d'albumine	1	2	3	8
05	Test d'anémie	1	2	3	8
06	Diagnostique rapide du paludisme	1	2	3	8
07	Depistage et conseil du VIH chez les femmes enceintes	1	2	3	8
08	Prise de la taille	1	2	3	8

EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN

1421	Je voudrais savoir si ces matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1→b	2 → b	3 02 ↘	1	2	8
02	TENSIOMETRE MANUEL	1→b	2 ⇒ b	3 03 ↘	1	2	8
03	STETHOSCOPE	1→b	2 → b	3 04 ↘	1	2	8
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1→b	2 → b	3 05 ↘	1	2	8
05	STETHOSCOPE FŒTAL	1→b	2 → b	3 06 ↘	1	2	8
06	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1→b	2 → b	3 07 ↘	1	2	8
07	TABLE GYNECOLOGIQUE OU LIT DE CONSULTATION	1	2	3			
08	METRE RUBAN	1	2	3			
*9	TOISE	1	2	3			
1422	Veuillez me dire si les médicaments / intrants suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTEE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	COMPRIMÉS DE FER	1	2	3	4	5	
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
04	SP / FANSIDAR POUR TRAITEMENT INTERMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5	
05	VACCIN ANTITETANIQUE	1	2	3	4	5	
*06	MIILD	1	2	3	4	5	
*07	MEBENDAZOLE	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

1450	<p>VISITEZ LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUEZ LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE.....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS CURATIF INFANTILES</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PF</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>PTME.....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>IST</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE.....</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE.....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT.....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES	11	VACCINATION INFANTILE.....	12	SOINS CURATIF INFANTILES	13	PF	14	PTME.....	16	MATERNITE	17	IST	18	TUBERCULOSE.....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22	CHIRURGIE MINEURE.....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	SECTION SUIVANTE
CONSULTATIONS GENERALES	11																										
VACCINATION INFANTILE.....	12																										
SOINS CURATIF INFANTILES	13																										
PF	14																										
PTME.....	16																										
MATERNITE	17																										
IST	18																										
TUBERCULOSE.....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22																										
CHIRURGIE MINEURE.....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										
1451	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↘	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5%]	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
*14	METRE RUBAN	1	2	3																							
1452	DECRIVEZ L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE DES SERVICES DE CPN	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ.....	4																	
SALLE SEPARÉE.....	1																										
SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																										
PAS D'INTIMITÉ.....	4																										
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

SECTION 15: PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

1500	VERIFIEZ Q102.06 FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←	
ATTENTION!!! NE COMMENCEZ CETTE SECTION QU' APRES AVOIR FINI AVEC LA SECTION SUR LES CPN DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME DANS LA FOSA . IDENTIFIER LA PERSONNE LA MIEUX INFORMÉE SUR LES SERVICES DE PTME. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1501	Comme éléments faisant partie des services de PTME, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux clientes	OUI	NON
01	FOURNISSENT AUX FEMMES ENCEINTES DES CONSEILS SUR LE VIH ET UN DEPISTAGE	1	2
02	EFFECTUENT UN DEPISTAGE DES NOUVEAUX-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
03	METTENT LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES SOUS PROPHYLAXIE ARV	1	2
04	METTENT LES NOUVEAUX-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE SOUS PROPHYLAXIE ARV	1	2
05	FOURNISSENT DES CONSEILS POUR L'ALIMENTATION DES BEBES ET ENFANTS POUR LA PTME	1	2
06	FOURNISSENT DES CONSEILS SUR LA NUTRITION POUR LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET LEURS ENFANTS	1	2
07	FOURNISSENT DES CONSEILS SUR LA PF AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES	1	2
*08	METTENT SOUS ANTIRETROVIRAUX LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES (option B+)	1	2
1502	VERIFIEZ Q1501.01 COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES <input type="checkbox"/>	PAS DE COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES <input type="checkbox"/>	→ 1506
1503	EST-CE QUE C'EST LE MEME ENDROIT OU ON FOURNI LES SERVICES DE CPN?	OUI, C'EST LE SERVICE DE CPN. 1 NON, C'EST UN ENDROIT DIFFERENT. 2	→ 1506
1504	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1506
1505	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	
1506	VERIFIEZ Q1501.02 COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS <input type="checkbox"/>	PAS DE COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS <input type="checkbox"/>	→ 1509
1507	Est-ce que dans ce service, les prestataires utilisent un papier filtre pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage des enfants ?	OUI. 1 NON. 2	→ 1509
1508	Puis-je voir un exemplaire? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	
1509	Est-ce que les directives/normes nationales en matière de PTME sont disponibles dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1511
1510	Puis-je les voir? PEUT ETRE UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→ 1513
1511	Est-ce que d'autres types de directives/normes sur la PTME sont disponibles dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1513
1512	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
1513	Est-ce que des directives pour le counseling sur l'alimentation du bébé et de l'enfant sont disponibles dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1515
1514	Puis-je les voir PEUT FAIRE PARTI D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

1515	Est-ce que dans ce service, vous stockez des ARV pour la PTME?	OUI. 1 NON. 2	→ 1550			
1516	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTEE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04	LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1	2	3	4	5
05	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
06	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
07	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1	2	3	4	5
08	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
09	ZIDOVDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2	3	4	5
10	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
11	ZIDOVDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4	5
12	LAMIVUDINE (3TC)+EFAVIRENZ (EFV) + TENOFOVIR (TDF)	1	2	3	4	5

PRECAUTIONS DE BASE

1550	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL..... 14 CPN. 15 MATERNITE 17 SERVICES IST 18 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALDIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITÉ AVANT 31	S E C T I O N S U I V A N T E
------	---	---	---

1551	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↘	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5%, ...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

1552	DEMANDER A VOIR LE LIEU OU ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME. DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA PIECE OU L'ENDROIT.	SALLE SEPARÉE. 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ. 4
------	--	--

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

SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET CONSULTATIONS POST NATALES

1600	VERIFIEZ Q102.07 OFFRE DES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU CPoN <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU CPoN <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>						
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.								
1601	Est-ce qu'un prestataire qualifié en matière d'accouchement, est présent dans la FOSA ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour fournir ces services?	OUI 1 NON..... 2	→ 1604					
1602	Est-ce qu'il y a un tableau de permanence/horaire de garde, ou un programme journalier d'affectation du personnel?	OUI 1 NON..... 2	→ 1604					
1603	Puis-je le voir	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2						
ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE								
1604	Veuillez me dire si les services suivants ont une fois été fournis par les prestataires de cette FOSA , en tant qu'élément de leur travail si oui, est-ce que ces services ont été fournis au moins une fois au cours des 3 derniers mois	(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA FOSA	(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS					
		OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP	
01	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'ANTIBIOTIQUES (IV OU IM)	1→b	2 02↘	8 02↘	1	2	8	
02	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE DE D'UN OXYTOCIQUE (IV OU IM)	1→b	2 03↘	8 03↘	1	2	8	
03	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'UN ANTICONVULSANT POUR TROUBLES HYPERTENDUS DE LA GROSSESSE (IV OU IM)	1→b	2 04↘	8 04↘	1	2	8	
04	ACCOUCHEMENT ASSISÉ PAR VOIE BASSE	1→b	2 05↘	8 05↘	1	2	8	
05	RETRAIT MANUEL DU PLACENTA	1→b	2 06↘	8 06↘	1	2	8	
06	RETRAIT POSTPARTUM DE MATIERES RESIDUELLES (AMIU)	1→b	2 07↘	8 07↘	1	2	8	
07	REAMINATION NEONATALE	1→b	2 08↘	8 08↘	1	2	8	
08	CORTICOSTEROIDES POUR UN TRAVAIL PREMATURE	1→b	2 09↘	8 09↘	1	2	8	
*09	DIU POST-PARTUM	1→b	2 10↘	8 10↘	1	2	8	
*10	GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PHASE DE L'ACCOUCHEMENT(GATPA)	1→b	2 1605↘	8 1605↘	1	2	8	
1605	Est-ce que les directives/normes nationales sur la Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, sont disponibles dans ce service?			OUI..... 1 NON..... 2				→ 1607
1606	Puis-je les voir ?			OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2				
1607	Est-ce que vous avez les directives/normes nationales sur les soins obstétriques d'urgence complets? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.			OUI..... 1 NON..... 2				→ 1609
1608	Puis-je les voir ?			OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2				

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

EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

1622	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service d'accouchement, et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	INCUBATEUR	1→b	2 → b	3 02 ↘	1	2	8
02	AUTRE SOURCE EXTERNE DE CHALEUR	1→b	2 → b	3 03 ↘	1	2	8
03	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1→b	2 → b	3 04 ↘	1	2	8
04	ASPIRATEUR CATHETER	1→b	2 → b	3 05 ↘	1	2	8
05	ASPIRATEUR POIRE	1→b	2 → b	3 06 ↘	1	2	8
06	VENTOUSE OBSTETRICALE	1→b	2 → b	3 07 ↘	1	2	8
07	APPAREIL D'ASPIRATION OU KIT DE CURRETAGE	1→b	2 → b	3 08 ↘	1	2	8
08	BALLON ET MASQUE RESPIRATOIRE	1→b	2 → b	3 09 ↘	1	2	8
09	THERMOMETRE	1→b	2 → b	3 10 ↘	1	2	8
10	THERMOMETRE POUR BASSE TEMPERATURE	1→b	2 → b	3 11 ↘	1	2	8
11	PESE-BEBE	1→b	2 → b	3 12 ↘	1	2	8
12	STETHOSCOPE FŒTAL	1→b	2 → b	3 13 ↘	1	2	8
13	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1→b	2 → b	3 14 ↘	1	2	8
14	TENSIOMETRE MANUEL	1→b	2 → b	3 15 ↘	1	2	8
15	STETHOSCOPE	1→b	2 → b	3 1623 ↘	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir				OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	NSP/NON
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT				1	2	8
02	BOITE D'ACCOUCHEMENT				1	2	8
03	FILS DE SUTURE POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8
04	SPECULUM				1	2	8
05	CISEAUX POUR EPISIOTOMIE				1	2	8
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8
07	MATERIEL ET AIGUILLES POUR SUTURE				1	2	8
08	PORTES-AIGUILLES				1	2	8
09	FORCEPS (LARGE)				1	2	8
10	FORCEPS (MOYEN)				1	2	8
11	PORTE-COMPRESSES				1	2	8
12	PARTOGRAMME VIERGE				1	2	8
13*	TABLE DE BEBE (PETIT COIN DU BEBE)				1	2	8

1624	Est-ce que cette FOSA observe systématiquement les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveaux-nés?	OUI	NON	NSP/NON		
01	Poser le bébé sur le ventre de la mère juste après l'accouchement (Peau sur Peau)	1	2	8		
02	Sécher et couvrir les nouveaux-nés pour les réchauffer	1	2	8		
03	Commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	1	2	8		
04	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
05	Aspiration à l'aide d'un cathéter	1	2	8		
06	Aspiration à l'aide d'une poire	1	2	8		
07	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2	8		
08	Administration de Vitamine K au nouveau-né	1	2	8		
09	Appliquer de la Tétracycline dans les deux yeux	1	2	8		
10	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance	1	2	8		
11	Donner au nouveau-né le colostrum	1	2	8		
12	Donner au nouveau-né le vaccin polio oral avant la sortie	1	2	8		
13	Vacciner le nouveau-né au BCG avant sa sortie	1	2	8		
*14	Argirole/Nitrate d'argent(Crédé)	1	2	8		
1625	Veuillez me dire si les médicaments ou les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) NON OBSERVE		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS DISPONIBLE
01	POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX	1	2	3	4	5
02	ANTIBIOTIQUE INJECTABLE (PAR EX., CEFTRIAXONE)	1	2	3	4	5
03	UTEROTONIQUE INJECTABLE (PAR EX., OXYTOCINE)	1	2	3	4	5
04	SULFATE DE MAGNESIUM	1	2	3	4	5
05	DIAZEPAM INJECTABLE	1	2	3	4	5
06	SOLUTION IV (EXPANSEURS DU VOLUME PLASMATIQUE) AVEC LE NECESSAIRE A PERFUSION	1	2	3	4	5
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5
08	7,1% SOLUTION DE CHORHEXIDINE (NETTOYAGE DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5
09	Injection à l'hydralazine	1	2	3	4	5
*10	MISOPROSTOL	1	2	3	4	5
*11	GLUCONATE DE CALCIUM	1	2	3	4	5
*12	ARGIROLE/NITRATE D'ARGENT(CREDE)	1	2	3	4	5

PTME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

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

PRECAUTIONS DE BASE

1650	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>SERVICES IST</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALDIES NON TRANSMISSIBLES</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITÉ AVANT</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES	11	VACCINATION INFANTILE	12	SOINS INFANTILES	13	PLANNING FAMILIAL	14	CPN	15	PTME	16	SERVICES IST	18	TUBERCULOSE	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21	MALDIES NON TRANSMISSIBLES	22	CHIRURGIE MINEURE	23	PAS VISITÉ AVANT	31	SECTION/SERVICE SUIVANTE
CONSULTATIONS GENERALES	11																										
VACCINATION INFANTILE	12																										
SOINS INFANTILES	13																										
PLANNING FAMILIAL	14																										
CPN	15																										
PTME	16																										
SERVICES IST	18																										
TUBERCULOSE	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21																										
MALDIES NON TRANSMISSIBLES	22																										
CHIRURGIE MINEURE	23																										
PAS VISITÉ AVANT	31																										
1651	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET , OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↘	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOÎTE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%]	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
*14	TABLIER	1	2	3																							
1652	<p>DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA PIECE OU 'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE	1	SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ	4																	
SALLE SEPARÉE	1																										
SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																										
PAS D'INTIMITÉ	4																										
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

SECTION 17: PALUDISME

1700	VERIFIEZ Q102.08: OFFRE DE SERVICES POUR LE PALUDISME <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR LE PALUDISME <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	--	---

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

1701	Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre FOSA ? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
1702	Est-ce que dans cette FOSA , les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON. 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON. 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins toujours ou parfois seulement?	TOUJOURS. 1 PARFOIS SEULEMENT. 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI 1 NON. 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un echantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 AUCUN DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	SD BIOLINE. A FIRST RESPONSE. B PARACHECK. C PARAHIT. D ICT. E CARE START..... F AUTRE _____ X (SPECIFIEZ)	
1708	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, une affiche ou autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1709	Puis-je le voir	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme?	OUI 1 NON. 2	
1711	Est-ce que les directives/normes nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON. 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES 1 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ← RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON. 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

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

SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	VERIFIEZ Q102.09 OFFRE <input type="checkbox"/> DE SERVICES POUR LES IST	PAS D'OFFRE <input type="checkbox"/> DE SERVICES POUR LES IST	SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU L'ON OFFRE LES SERVICES IST. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR L'OFFRE DES SERVICES IST. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1801	Combien de jours par mois les services IST sont disponibles dans cette FOSA ? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULERLE NOMBRE DES JOURS]	JOURS/MOIS <input type="text"/>	
1802	Est-ce que les prestataires de cette FOSA font le diagnostic des IST?	OUI 1 NON 2	→ 1804
1803	Comment se fait le diagnostic des IST?	APPROCHE SYNDROMIQUE SEULEMENT 1 ETIOLOGIE (LABO) SEULEMENT 2 A LA FOIS SYNDROMIQUE ET ETIOLOGIQUE 3	
1804	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement pour les IST?	OUI 1 NON 2	
1805	VERIFIEZ Q1802 ET Q1804 REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT <input type="checkbox"/> Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q1802 NI Q1804 <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT
1806	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ce service leur est fourni dans ce lieu.	OUI 1 NON 2	→ 1810
1807	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont systématiquement référés pour un counseling ou un dépistage du VIH, ou bien ils le sont seulement quand ils sont suspectés d'être infectés par le VIH?	SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT 1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE HIV 2	
1808	Est-ce que les prestataires en IST font le dépistage dans ce service même?	OUI 1 NON 2	→ 1810
1809	Puis-je voir un echantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	
1810	Est-ce que les directives/normes nationales pour le diagnostic et le traitement des IST sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1812
1811	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→ 1814
1812	Est-ce qu'il y a d'autres types de directives/normes pour le diagnostic et le traitement des IST qui sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1814
1813	Puis-je les voir	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

1814	Est-ce que cette FOSA pratique la notification du partenaire pour les IST?	OUI 1 NON. 2	→ 1816		
1815	Est-ce que la notification est toujours active (quand la FOSA contacte le partenaire) ou bien est-elle seulement passive quand la FOSA demande aux patients d'informer ou d'amener leurs partenaires)?	TOUJOURS ACTIVE 1 PARFOIS ACTIVE. 2 SEULEMENT PASSIVE. 3			
1816	Est-ce qu'on utilise des fiches ou des carnets de santé individuels?	OUI 1 NON. 2	→ 1818		
1817	Puis-je voir une fiche individuelles ou un carnet de santé individuel, vierge ou pas.	OBSERVÉE 1 RAPPORTÉE, PAS VUE 2			
1818	DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE COUNSELING OU DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.				
	SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP
01	Sur les IST	1	2	3	8
02	Sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
03	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
04	Posters ou autre support visuels sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3	8
05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3	8
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
	INFORMATION QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI				
08	Sur les IST	1	2	3	8
09	Sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
10	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
11	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
12	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
13	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
14	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8

PRECAUTIONS DE BASE

1850	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y ALES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉVISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>CONSULTATIONS GENERALES11</p> <p>VACCINATION INFANTILE12</p> <p>SOINS INFANTILES.....13</p> <p>PLANNING FAMILIAL 14</p> <p>CPN..... 15</p> <p>PTME.....16</p> <p>MATERNITE.....17</p> <p>TUBERCULOSE 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....22</p> <p>CHIRURGIE MINEURE.....23</p> <p>PAS VISITE AVANT..... 31</p>	<p>SECTION SUIVANTE/SERVICE</p>	
1851	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5% ...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOCANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1852	<p>DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES IST</p>	<p>SALLE SEPARÉE..... 1</p> <p>SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ..... 4</p>		
<p>REMERCIEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	VERIFIEZ Q102.10 OFFRE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
------	---	---

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

1901 Combien de jours par mois les services de santé sur la TBC sont-ils fournis? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
---	---

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

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

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

1908	Est-ce que les prestataires de cette FOSA prescrivent un traitement pour la TBC ou bien gèrent les patients qui sont sous traitement anti-tuberculeux?	OUI 1 NON 2	→1910
1909	Quel est le schéma ou l'approche thérapeutique que les prestataires utilisent pour le suivi des patients <u>nouvellement diagnostiqués</u> comme ayant la TBC? SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE	TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 2MOIS, SUIVI 4MOIS. 1 TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 6MOIS..... 2 SUIVI APRES 2 MOIS DE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE EFFECTUE AILLEURS... 3 DIAGNOSTIQUE ET TRAITÉ LE PATIENT HOSPITALISE REFERE AILLEURS POUR SUIVI..... 4 TRAITEMENT COMPLET SANS FAIRE LE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 5 DIAGNOSTIQUE, PRESCRIT/FOURNIT DES MEDICAMENTS SEULEMENT PAS DE SUIVI..... 6 DIAGNOSTIC SEULEMENT, PAS DE TRAITEMENT OU DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS. 7	

1910	VERIFIEZ Q1902 AND Q1908	DIAGNOSTIC OU <input type="checkbox"/> DE TRAITEMENT DE LA TBC	PAS DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←	
1911	Est-ce qu'il existe un système pour dépister le VIH chez les patients qui viennent pour la TBC?	OUI 1 NON 2		→1913
1912	Puis-je voir un registre ou une preuve de ce système de dépistage du VIH chez les patients de TBC? LE SYSTEME PEUT ETRE SOUS FORME D'UN REGISTRE	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVE 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTE, PAS VU ... 2		
1913	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI 1 NON 2		→1915
1914	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4		
1915	Est-ce que les directives/normes nationales en matière de diagnostic et de traitement de la TBC sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2		→1917
1916	Puis-je les voir	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2		
1917	Est-ce que les directives/normes pour la gestion de la co-infection VIH et TBC sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2		→1919
1918	Puis-je les voir	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2		
1919	Est-ce que des directives/normes sur le traitement de la TMR sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2		→1921
1920	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2		
1921	VERIFIEZ Q1903 REPONSES 1, 3 OU 4 ENCERCLEES <input type="checkbox"/>	REPONSES 1, 3 OU 4 PAS ENCERCLEES <input type="checkbox"/>		1924
1922	Est-ce que vous avez dans ce services des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?	OUI 1 NON 2		→ 1924
1923	Puis-je en voir un?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 3		
1924	Avez-vous des directives/normes pour le contrôle de l'infection à la tuberculose dans ce service?	OUI 1 NON 2		→ 1950
1925	Puis-je en voir un?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2		

PRECAUTIONS DE BASE

1950	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 PTME 16 MATERNITE 17 IST 18 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITE AVANT 31	SECTION/SERVICE SUIVANT	
1951	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDRALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%, ...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1952	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES DE TBC	SALLE SEPARÉE 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ 4		
1953	VERIFIEZ Q214 ANTI-TUBERCULEUX STOCKES AILLEURS OU OU PAS STOCKES (REponse 1 PAS ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>	ANTITUBERCULEUX STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC (REponse 1 ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>	931	
REMERCIEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 20: DEPISTAGE DU VIH

2000	VERIFIEZ Q102.11 OFFRE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA FOSA	<input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA FOSA SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON OFFRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DE DEPISTAGE DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE COUNSELING ET LE DEPISTAGE DU VIH. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.				
2001	Combien de jours par mois les services de dépistage du VIH sont-ils offerts dans la FOSA ? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS		NOMBRE DES JOURS. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
2002	Quand un prestataire voudrait qu'un patient fasse le dépistage du VIH, ou bien quand le patient accepte de faire le test, quelle est la procédure qui est suivie? En d'autres termes, quelles sont les options possibles pour faire le test de dépistage? APRES QUE LA REPONSE EST DONNEE, SONDER POUR DETERMINER TOUTES LES AUTRES PROCEDURES POUR FAIRE LE DEPISTAGE DU VIH. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE		TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DANS LE SERVICE. A PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE AU LABO. ... B PATIENT ENVOYE A UN AUTRE SERVICE DE LA FOSA C PATIENT ENVOYE AU LABO DE LA FOSA D PATIENT ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE. E PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE F	
2003	VERIFIEZ Q2002 OFFRE DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" ENCERCLE)	<input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" PAS ENCERCLE)	2005
2004	Puis-je voir un kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.		OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 PAS DISPONIBLE AUJORD'HUI 4	
2005	Est-ce qu'il existe de dossier/fiche/carte individuelle pour les patients qui reçoivent des prestations dans ce service? (par ex., un carnet de santé). Cela inclus tout système, où les informations individuelles sur les patients sont enregistrées de telle sorte qu'un fichier de tous les soins et services sont disponibles dans un seul document?		OUI 1 NON 2	→2007
2006	Puis-je voir un exemplaire de dossier de malade?		OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
2007	Est-ce que les directives/normes nationales sur le counseling et le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?		OUI 1 NON 2	→2009
2008	Puis-je les voir		OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→2011
2009	Est-ce que d'autres types de directives/normes sont disponibles dans ce service?		OUI 1 NON 2	→2011
2010	Puis-je les voir ?		OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
2011	Est-ce que le personnel de cet établissement a accès à la prophylaxie post-exposition contre le VIH?		OUI 1 NON 2	
2012	Est-ce que des directives/normes écrites pour la prophylaxie post-exposition sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTI D'UN AUTRE DOCUMENT		OUI 1 NON 2	→2014
2013	Puis-je les voir		OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	

2014	VERIFIEZ Q2002 PRELEVEMENT DE SANG DANS <input type="checkbox"/> LE SERVICE ("A" OU "B" OU "F" ENCERCLE) ↓	PAS DE PRELEVEMENT DE SANG DANS <input type="checkbox"/> SERVICE (NI "A" NI "B" NI "F" ENCERCLE) →	2052	
PRECAUTIONS DE BASE				
2050	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DEPISTAGE SUR LE VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 PTME 16 MATERNITE 17 IST 18 TUBERCULOSE 19 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITE AVANT 31	→2053	
2051	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%,...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
2052	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SE FAIT LE COUNSELLING ET DEPISTAGE DU VIH	SALLE SEPARÉE 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ 4		
2053	Est-ce que des condoms à donner aux patients qui reçoivent des services de counseling et de dépistage du VIH, sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2		→2055
2054	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉS, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉS DISPONIBLE, PAS VUS 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4		
2055	VERIFIEZ Q2002 DEPISTAGE EXTERNE DU VIH <input type="checkbox"/> (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE) ↓	PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (NI "E" NI "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←		
2056	Est-ce que cet établissement a un accord avec la FOSA de référence pour les tests, pour que les résultats soient retournés ici, soit directement soit par le patient?	OUI 1 NON 2		← <input type="checkbox"/>
2057	Puis-je voir quelques evidence de cet accord?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2 ACCORD VERBAL SEULEMENT 3		
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 21: TRAITEMENT DU VIH

2100	VERIFIEZ Q102.12	PAS DE TRAITEMENT DU VIH <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	TRAITEMENT DU VIH <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

DEMANDER A VOIR L'ENDOIT OU ON FOURNIT LES SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH.
IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CES SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2101	Est-ce que les prestataires de cette FOSA prescrivent un traitement ARV	OUI 1 NON 2	→ 2102
2101a	En dehors de Médecins, Est-ce que les infirmiers de cette FOSA prescrivent un traitement ARV	OUI 1 NON 2	
2102	Est-ce que les prestataires de cette FOSA font le suivi du traitement des personnes sous ARV, y compris la fourniture de services communautaires?	OUI 1 NON 2	
2103	VERIFIEZ Q2101 ET Q2102 REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT Q2101 OU Q2102 OU LES DEUX <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q2101 NI Q2102 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
2104	Est-ce que les Directives/normes Nationales sur le traitement ARV sont disponibles ? dans ce service	OUI 1 NON 2	→2106
2105	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→2108
2106	Est-ce que d'autres types de directives/normes sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2108
2107	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	

TESTS DE REFERENCE (BASE) AVANT LE TRAITEMENT ARV

2108	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer s'ils sont faits de façon systématique, de manière sélective ou jamais, avant de mettre un patient sous ARV.				
	TEST	TEST DE SITUATION DE REFERENCE EFFECTUÉ DE FACON			
		SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP
01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3	8
02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	1	2	3	8
03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3	8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3	8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3	8
06	Bilan des fonctions rénales (creatinine sérique, urée et électrolites)	1	2	3	8
07	Analyse d'urines	1	2	3	8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
09	Test crachat pour la TBC	1	2	3	8
10	Hépatite B	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8
12	Tout autre test de façon systématique _____ (SPECIFIER)	1	2	3	8

TESTS DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ANTI RETROVIRAL (TAR)

2109	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer si un test de suivi est fait systématiquement, de manière sélective ou jamais pendant que le patient est sous TAR (c'est-à-dire pour le suivi)					
	TEST	TEST DE SUIVI EFFECTUE DE FACON				
		SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP	
	01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3	8
	02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	1	2	3	8
	03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3	8
	04	Charge virale VIH ARN	1	2	3	8
	05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3	8
	06	Bilan des fonctions rénales (creatinine sérique, urée et électrolites)	1	2	3	8
	07	Analyse d'urines	1	2	3	8
	08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
	09	Test crachat pour la TBC	1	2	3	8
	10	Hépatite B	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8	
12	Tout autre test de façon systématique _____ (SPECIFIER)	1	2	3	8	
2110	VERIFIEZ Q216 ARV STOCKES AILLEURS OU PAS STOCKES <input type="checkbox"/> (REPONSE 1 ou 5 PAS ENCERCLEE)		ARV STOCKES DANS LE SERVICE DE TAR <input type="checkbox"/> → 941 (REPONSE 1 ou 5 ENCERCLEE)			
REMERCIEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.						

SECTION 22: SOINS ET SOUTIEN AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

2200	VERIFIEZ Q102.13 OFFRE DE SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX PVVIH	<input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX PVVIH	<input type="checkbox"/>		
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←						
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON OFFRE LES SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX PVVIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.						
2201	Veuillez SVP me dire si les prestataires de cette FOSA fournissent les services suivants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA:			OUI	NON	NSP
01	Prescrire un traitement contre toute infection opportuniste ou symptôme lié au VIH/SIDA? Cela inclut le traitement des infections fongiques topiques.			1	2	8
02	Faire un traitement systématique par voie intraveineuse des infections fongiques spécifiques telles que la méningite à cryptocoque			1	2	8
03	Faire un traitement pour le sarcome de Kaposi			1	2	8
04	Faire ou prescrire un traitement palliatif pour les patients, tel que la gestion des symptômes et de la douleur ou les soins infirmiers aux patients en phase terminale, ou très affaiblis.			1	2	8
05	Fournir des services de réhabilitation nutritionnelle. C'est-à-dire l'éducation et l'offre au patient de suppléments nutritionnels			1	2	8
06	Prescrire ou fournir un supplément de protéines enrichies			1	2	8
07	Soins pédiatriques pour les enfants atteints du VIH/SIDA			1	2	8
08	Prescrire ou fournir un traitement préventif contre la TB (INH + Pyridoxine)			1	2	8
09	Traitement préventif primaire contre les infections opportunistes, tel que le traitement préventif au Cotrimoxazole			1	2	8
10	Fournir ou prescrire un supplément en oligo-éléments tels que des vitamines ou du fer			1	2	8
11	Counseling et/ou services de PF			1	2	8
12	Fournir des condoms pour la prévention de la transmission du VIH			1	2	8
*13	Prise en charge psycho-sociale			1	2	8
2202	Est-ce qu'il y a un système pour tester et dépister systématiquement la TBC chez les patients séropositifs?	OUI 1 NON 2			→2204	
2203	Puis-je voir le système ou l'evidence d'existence de ce système ?	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVÉ 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTÉ, PAS VU. . . 2				
2204	Est-ce que les directives/normes nationales pour la gestion clinique du VIH/SIDA sont disponibles dans ce service ?	OUI 1 NON 2			→ 2206	
2205	Puis-je les voir	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2				
2206	Est-ce que les directives/normes sur les soins palliatifs sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2			→2208	
2207	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2				
2208	Est-ce qu'il y a dans ce service des condoms à distribuer aux patients qui reçoivent les services?	OUI 1 NON 2			Section suivante →	
2209	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS, AU MOINS UN NON EXPIRE 1 OBSERVÉS, TOUS EXPIRE 2 RAPPORTÉS DISPONIBLE, PAS VUS. 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4				
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.						

SECTION 23: MALADIES NON TRANSMISSIBLES

2300	VERIFIEZ Q102.14 OFFRE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>	
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←					
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS QUI ONT DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES OU CHRONIQUES, TELLES QUE LE DIABETE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR L'OFFRE DE TELS SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
DIABETE					
2301	Est-ce que les prestataires de cette FOSA font le diagnostic et/ou traite le diabète ?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT. 3 NON 4			→ 2310
2302	Est-ce que les directives/normes nationales sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2			→ 2304
2303	Puis-je les voir	OBSERVEES. 1 RAPPORTEES, PAS VUES. 2			→ 2310
2304	Est-ce que d'autres types de directives/normes sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2			→ 2310
2305	Puis-je les voir?	OBSERVEES. 1 RAPPORTEES, PAS VUES. 2			
MALADIES CARDIO-VASCULAIRES					
2310	Est-ce que les prestataires de cette FOSA font le diagnostic ou traitent les maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT. 3 NON 4			→ 2320
2311	Est-ce que les directives/normes nationales pour le diagnostic et la gestion des maladies cardiovasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2			→ 2313
2312	Puis-je les voir?	OBSERVEES. 1 RAPPORTEES, PAS VUES. 2			→ 2320
2313	Est-ce que d'autres types de directives/normes pour le diagnostic et la gestion des maladies cardiovasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2			→ 2320
2314	Puis-je les voir?	OBSERVEES. 1 RAPPORTEES, PAS VUES. 2			
MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES					
2320	Est-ce que les prestataires de cette FOSA font le diagnostic et/ou traitent des maladies respiratoires chroniques telles que la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT. 3 NON 4			→ 2325
2321	Est-ce que les directives/normes nationales pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2			→ 2323
2322	Puis-je les voir?	OBSERVEES. 1 RAPPORTEES, PAS VUES. 2			→ 2325
2323	Est-ce que d'autres types de directives/normes pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2			→ 2325
2324	Puis-je les voir?	OBSERVEES. 1 RAPPORTEES, PAS VUES. 2			

MALADIES CANCEREUSES			
2325	Est-ce que les prestataires de cette FOSA font le diagnostic et/ou traitement des maladies cancéreuses (cancer du col, du sein, de la prostate,...)	DIAGNOSTIC PRESOMPTIF A DIAGNOSTIC DE CONFIRMATION B TRAITEMENT CHIRURGICAL C CHIMIOThERAPIE D RADIOThERAPIE E NON F	→2325a
2326	Est-ce que les directives/normes nationales pour le diagnostic et/ou traitement des maladies cancéreuses sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2328
2327	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	→2325a
2328	Est-ce que d' autres types de directives/normes pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies cancéreuses sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2325a
2329	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	
MALADIES RENALES CHRONIQUES			
2325a	Est-ce que les prestataires de cette FOSA font le diagnostic et/ou traitement des maladies rénales chroniques	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT..... 3 NON 4	→2330
2326a	Est-ce que les directives/normes nationales pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies rénales chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2328a
2327a	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	→ 2330
2328a	Est-ce que d' autres types de directives/normes pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies rénales chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2330
2329a	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	

EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE

2330	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE LISTES CI-DESSOUS.	SECTION 7 (EQUIPEMENT DE BASE) 1 → 2350					
		PAS VISITE AVANT. 2					
2331	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le service general et s'ils sont fonctionnels DEMANDER A VOIR LES EQUIPEMENTS ET MATERIELS	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE/BALANCE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3] 2 ←	1	2	8
02	PESE ENFANT/BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]	1 → b	2 → b	3] 3 ←	1	2	8
03	PESE BEBE/BALANCE POUR BEBE [GRADUATION 100g]	1 → b	2 → b	3] 4 ←	1	2	8
04	TOISE POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3] 5 ←	1	2	8
05	METRE RUBAN [POUR PERIMETRE BRACHIAL]	1	2	3] 6 ←			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3] 7 ←	1	2	8
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3] 8 ←	1	2	8
08	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3] 9 ←	1	2	8
09	TENSIOMETRE MANUEL (ELECTRONIQUE)	1 → b	2 → b	3] 10 ←	1	2	8
10	SOURCE DE LUMIERE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3] 11 ←	1	2	8
11	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3] 12 ←	1	2	8
12	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3] 13 ←	1	2	8
13	NEBULISATEUR	1 → b	2 → b	3] 14 ←	1	2	8
14	CHAMBRE D'INHALATION	1	2	3] 15 ←			
15	DEBITMETRES	1 → b	2 → b	3] 16 ←	1	2	8
16	SATUROMETRE	1 → b	2 → b	3] 17 ←	1	2	8
17	CONCENTRATEURS (EXTRACTEURS) D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3] 18 ←	1	2	8
18	BOUTEILLE D'OXYGENE REMPLIE	1 → b	2 → b	3] 19 ←	1	2	8
19	CANULE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3] 20 ←	1	2	8
20	KITS DE PERFUSION-POUR ADULTE	1	2	3] 21 ←			
21	KITS DE PERFUSION - POUR ENFANT	1	2	3] 2350 ←			

SALLE DE CONSULTATION DES PATIENTS

2350	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES.....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN.....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME.....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE.....</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>IST</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE.....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT.....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES	11	VACCINATION INFANTILE	12	SOINS INFANTILES.....	13	PLANNING FAMILIAL	14	CPN.....	15	PTME.....	16	MATERNITE.....	17	IST	18	TUBERCULOSE	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21	CHIRURGIE MINEURE.....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
CONSULTATIONS GENERALES	11																										
VACCINATION INFANTILE	12																										
SOINS INFANTILES.....	13																										
PLANNING FAMILIAL	14																										
CPN.....	15																										
PTME.....	16																										
MATERNITE.....	17																										
IST	18																										
TUBERCULOSE	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21																										
CHIRURGIE MINEURE.....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										

2351	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEPALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%, ...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

2352	<p>DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU S'OFFRE LES SERVICES DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3	PAS D'INTIMITÉ.....	4	
SALLE SEPARÉE.....	1										
SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3										
PAS D'INTIMITÉ.....	4										

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

SECTION 24: CHIRURGIE MINEURE

2400	VERIFIEZ Q102.15 OFFRE DE SERVICES DE CHIRURGIE MINEURE	PAS DE OFFRE DE SERVICES DE CHIRURGIE MINEURE					
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←							
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FAIT LA PETITE CHIRURGIE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR L'OFFRE DE SERVICES DE LA PETITE CHIRURGIE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.							
DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON POSE LES ACTES DE CHIRURGIE MINEURE ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESSOUS							
2401	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01		1 → b	2 → b	3 02 ↓	1	2	8
02		1 → b	2 → b	3 03 ↓	1	2	8
03		1 → b	2 → b	3 04 ↓	1	2	8
04		1 → b	2 → b	3 05 ↓	1	2	8
05		1 → b	2 → b	3 06 ↓	1	2	8
06		1 → b	2 → b	3 07 ↓	1	2	8
*07	PINCES	1 → b	2 → b	3 2402 ↓	1	2	8
2402	Veuillez SVP me dire si le matériel ou les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
01		1	2	3	4	5	
02		1	2	3	4	5	
03		1	2	3	4	5	
04		1	2	3	4	5	
05	1	2	3	4	5		
2403	Est-ce qu'il y a des directives/normes sur la Gestion intégrée des urgences et des soins chirurgicaux de base?	OUI 1 NON 2				→ 2450	
2404	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2					

PRECAUTIONS DE BASE

2450	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS CURATIFS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL..... 14 CPN..... 15 PTME..... 16 MATERNITE 17 IST..... 18 TUBERCULOSE..... 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 PAS VISITÉ AVANT..... 31	SECTION SUIVANTE 	
2451	MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%,...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
2452	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU S'OFFRE LE SERVICE DE PETITE CHIRURGIE	SALLE SEPARÉE..... 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4		
REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.				

SECTION 25: ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE

2500	VERIFIEZ Q102.16 OFFRE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA FOSA <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA FOSA <input type="checkbox"/>	
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←			

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU L'ON PRATIQUE LES CESARIENNES.
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRATIQUE DES CESARIENNES.
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2501	Est-ce que la FOSA dispose d'un prestataire qui peut pratiquer une césarienne et qui est présent ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI 1 NON 2	→ 2504
2502	Est-ce qu'il y a une feuille de garde du personnel /permanences qui couvre 24H?	OUI 1 NON 2	→ 2504
2503	Puis-je le voir?	PERMANENCE OBSERVEE 1 PERMANENCE RAPPORTE, PAS VU 2	
2504	Est-ce que la FOSA dispose d'un anesthésiste ou d'un préposé anesthésiste qui est présent dans la FOSA ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI 1 NON 2	→ 2507
2505	Est-ce qu'il y a une feuille de garde du personnel /permanences qui couvre 24H pour l'anesthésiste ?	OUI 1 NON 2	→ 2507
2506	Puis-je le voir?	PERMANENCE OBSERVEE 1 PERMANENCE RAPPORTE, PAS VU 2	
2507	Est-ce qu'une césarienne a été pratiquée dans la FOSA au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2	

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

	Veillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	MACHINE D'ANESTHESIE	1 → b	2 → b	3 02 ↘	1	2	8
02	CONNECTEURS (PETIT TUYAU POUR CONNECTER LE TUBE ENDOTRACHEAL)	1 → b	2 → b	3 03 ↘	1	2	8
03	CANULE OROPHARYNGEE (ADULTE)	1 → b	2 → b	3 04 ↘	1	2	8
04	CANULE OROPHARYNGEE (ENFANT)	1 → b	2 → b	3 05 ↘	1	2	8
05	PINCE MAGILLS - ADULTE	1 → b	2 → b	3 06 ↘	1	2	8
06	PINCE MAGILLS - ENFANT	1 → b	2 → b	3 07 ↘	1	2	8
07	TUBE ENDOTRACHEAL (3.0 - 5.0)	1 → b	2 → b	3 08 ↘	1	2	8
08	TUBE ENDOTRACHEAL (5.5 - 9.0)	1 → b	2 → b	3 09 ↘	1	2	8
09	STYLET D'INTUBATION	1 → b	2 → b	3 10 ↘	1	2	8
10	AIGUILLE SPINALE	1 → b	2 → b	3 ↘	1	2	8

SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT

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

SECTION 26: ANALYSE DE GROUPE SANGUIN ET TEST DE COMPATIBILITE

2600	VERIFIEZ Q102.18 OFFRE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA FOSA	PAS D'OFFRE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA FOSA				
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←						
2601	Veuillez SVP me dire si les réactifs ou les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE		
		UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE
01	Réactif Anti-A	1	2	3	4	5
02	Réactif Anti-B	1	2	3	4	5
03	Réactif Anti-D	1	2	3	4	5
04	Réactif de COOMBS	1	2	3	4	5
05	Réactif Anti-AB	1	2	3	4	5
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.						

SECTION 27: TRANSFUSION SANGUINE

2700	VERIFIEZ Q102.19 OFFRE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA FOSA	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA FOSA				
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←						
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT, OÙ DANS LA FOSA, LE SANG EST COLLECTÉ, STOCKÉ, TRANSFORMÉ OU MANIPULÉ AVANT LA TRANSFUSION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE DANS LA FOSA. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES						
2701	D'où vient le sang qu'on utilise dans la FOSA pour les transfusions sanguines? SONDER POUR AVOIR UNE LISTE COMPLETE DES SOURCES DU SANG.	BANQUE DE SANG NATIONALE (CNTS). A BANQUE DE SANG PROVINCIALE. B DON DE SANG DIRECT FAMILIAL C DON DE SANG BENEVOLE D AUTRES FOSA..... E AUTRE _____ X (SPECIFIER)				
2702	Est-ce qu'au cours des 3 derniers mois, on a fait une transfusion de sang dans un contexte obstétrical (cad, pour des soins maternels)?	OUI 1 NON 2				

SECTION 28: DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

2710	Est-ce qu'avant de faire la transfusion, le sang qui est transfusé dans cette FOSA est dépisté, soit dans la FOSA même ou en dehors, pour n'importe quelle maladie infectieuse?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 2720a → 2720a		
2711	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté seulement dans la FOSA , seulement dans une FOSA externe, ou dans les deux à la fois?	SEULEMENT DANS CETTE FOSA 1 SEULEMENT DANS UNE AUTRE FOSA 2 DEPISTAGE A LA FOIS INTERNE ET EXTERNI 3			
2712	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté, soit dans la FOSA même ou en dehors, pour l'une des maladies infectieuses suivantes ? SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "souvent", ou "rarement" dépisté?	TOUJOURS	SOUVENT	RAREMENT	NON/NSP
01	VIH	1	2	3	4
02	SYPHILIS	1	2	3	4
03	HEPATITE B	1	2	3	4
04	HEPATITE C	1	2	3	4
05	PALUDISME	1	2	3	4
*06	MICROFILAIRES	1	2	3	4
*07	Trypanosomiase (CAT)	1	2	3	4
2713	Est-ce qu'on a une fois envoyé les échantillons du sang en dehors de la FOSA pour le dépistage de l'une des 7 maladies infectieuses mentionnées ci-dessus?	OUI 1 NON 2			→ 2720a
2714	Pour laquelle des maladies a-t-on envoyé du sang en dehors de la FOSA pour le dépistage? DEMANDER A VOIR LA DOCUMENTATION	(A) PRELEVEMENT ENVOYE POUR TESTS EXTERNES		(B) DOCUMENTS SUR LES TESTS EXTERNES	
		OUI	NON	OUI	NON
01	VIH	1 → b	2 02 ↙	1	2
02	SYPHILIS	1 → b	2 03 ↙	1	2
03	HEPATITE B	1 → b	2 04 ↙	1	2
04	HEPATITE C	1 → b	2 05 ↙	1	2
05	PALUDISME	1 → b	2 06 ↙	1	2
*06	MICROFILAIRES	1 → b	2 07 ↙	1	2
*07	Trypanosomiase (CAT)	1 → b	2 2720a ↙	1	2

SECTION 29: CONSERVATION DU SANG																																								
2720a	Quels types des produits sanguins utilisez-vous dans cette FOSA?	SANG TOTAL CULOT PLASMA PLAQUETTE	A B C D																																					
2720	Est-ce qu'il est arrivé que la FOSA manque de sang pendant plus d'un jour, à n'importe quel moment au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 PAS DE CONSERVATION DE SANG 3		→ 2724																																				
2720b	Avez-vous ce jour en stock les poches des groupes suivants:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GROUPE</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A+</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>A-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>B+</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>B-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AB+</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>AB-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>O+</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>O-</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	GROUPE	OUI	NON	NSP	A+	1	2	8	A-	1	2	8	B+	1	2	8	B-	1	2	8	AB+	1	2	8	AB-	1	2	8	O+	1	2	8	O-	1	2	8		
GROUPE	OUI	NON	NSP																																					
A+	1	2	8																																					
A-	1	2	8																																					
B+	1	2	8																																					
B-	1	2	8																																					
AB+	1	2	8																																					
AB-	1	2	8																																					
O+	1	2	8																																					
O-	1	2	8																																					
2721	Est-ce qu'il existe dans ce service un réfrigérateur pour la conservation du sang?	OUI 1 NON 2		→ 2724																																				
2722	Puis-je le voir?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2		→ 2724																																				
2723	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OÙ ON CONSERVE LE SANG?	ENTRE +2 ET +6 DEGRES. 1 PLUS DE +6 DEGRES. 2 MOINS DE +2 DEGRES. 3 PAS DE THERMOMETRE 4																																						
2724	Est-ce qu'il existe des directives quelconques sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OUI 1 NON 2		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT																																				
2725	Puis-je voir les directives sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2																																						
SECTION 30: NIVEAU GENERAL DE PROPRETE DE LA FOSA																																								
3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LES CONDITIONS DE LA FOSA	OUI	NON																																					
01	LE SOL: BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS	1	2																																					
02	COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES: NETTOYES PAS DE TRACE VISIBLE DE POUSSIERE OU DE DECHETS	1	2																																					
03	AIGUILLES, OBJETS TRANCHANTS HORS DE LA BOITE DE SECURITE	1	2																																					
04	BOITES POUR OBJETS TRANCHANTS QUI DEBORDENT/OU SONT PERCES	1	2																																					
05	BANDAGES/DECHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS	1	2																																					
06	MURS: ENDOMMAGÉS	1	2																																					
07	PORTES: ENDOMMAGÉES	1	2																																					
08	PLAFOND: TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2																																					
*09	EXISTANCES DES POUBELLES AVEC COUVERCLES	1	2																																					
	HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>:</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					:																																	
		:																																						
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.																																								

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR(TRICE)

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REpondANT:

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

AUTRES COMMENTAIRES:

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR:

DATE:

INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTE

RDC - ENQUETE SUR LES PRESTATIONS DES SERVICES DE SOINS DE SANTE

INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTE

Code de la FOSA:

Numéro de SERIE du Prestataire: [DU FORMULAIRE LISTANT LE PERSONNEL]

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

Code enquêteur:

Nombre d'observations de CPN associées au prestataire

Nombre d'observations de PF associées au prestataire

Nombre d'observations d'Enfants Malades associées au prestataire

INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ETE PRECEDEMMENT INTERVIEWE DANS UNE AUTRE FOSA. SI OUI, INSCRIRE NOM ET CODE DE LA FOSA OU IL/ELLE A ETE INTERVIEWE(E)

OUI, PRECEDEMMENT INTERVIEWE 1

_____ NOM&CODE DE LA FOSA → FIN

NON, PAS INTERVIEWE PRECEDEMMENT 2

LIRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUIVANT

Bonjour. Mon nom est _____. Je représente l'Eole de Sante Publique de KINSHASA. Nous faisons une étude pour aider le gouvernement à en savoir plus sur les services de santé en RDC.
Je vais commencer par vous lire quelques lignes expliquant le but de l'étude.

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

Les informations que vous nous donnez seront utilisées par le MINISTERE DE LA SANTE, d'autres institutions ou chercheurs, dans le but d'améliorer les prestations des services ou pour des études plus approfondies des services de santé.

Ni votre nom ni celui d'un autre agent de santé participant dans cette étude ne sera mentionné dans la base de données ou dans un rapport, nous demandons votre aide pour nous assurer que les informations que nous recueillons sont exactes.

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

signature de l'enquêteur

				2	0	1	
JOUR		MOIS		ANNEE			

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

101	Puis-je commencer l'interview maintenant?	OUI..... 1	→ FIN
		NON..... 2	

1. EDUCATION ET EXPERIENCES

102	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre formation.</p> <p>Au total, combien d'années d'études primaires, secondaires, supérieures et post-universitaires avez-vous achevées?</p>	<p>ANNÉES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
103	<p>Quelle est votre qualification actuelle? Par exemple, êtes-vous un(e) infirmier/infirmière, médecin généraliste ou médecin spécialiste?</p>	<p>MEDECIN GENERALISTE 01 MEDECIN SPECIALISTE 02 CHIRURGIEN DENTISTE 03 TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE 04 INFIRMIER(E) 05 ACCOUCHEUSE 06 SAGE FEMME 07 TECHNICIEN LABO/BIOLOGISTE MEDICAL 08 TECHNICIEN DE RADIOLOGIE 09 KINESITHERAPEUTE 10 ASSISTANT EN PHARMACIE 11 NUTRITIONNISTE 12 TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT 13 ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE 14 LICENCIÉ EN MEDECINE PHYSIQUE 15 PHARMACIEN 16 SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE IN 95 AUTRE 96</p>	
104	<p>En quelle année avez-vous terminé cette formation?</p> <p>SI QUALIFICATION NON-TECHNIQUE (103=95), DEMANDEZ: En quelle année avez-vous terminé votre formation de base concernant votre travail actuel?</p>	<p>ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>STAGIAIRE 997</p>	
105	<p>En quelle année avez-vous commencé à travailler dans cette FOSA?</p>	<p>ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
106	<p>Avez-vous reçu le vaccin contre l'hépatite B?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Combien de doses avez-vous reçues jusqu'à présent?</p>	<p>OUI, UNE DOSE 1 OUI, 2 DOSES 2 OUI, 3 DOSES OU PLUS 3 NON 4</p>	→ 108
107	<p>Avez-vous été vacciné dans le cadre de votre travail dans cette FOSA?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	
108	<p>Etes-vous un directeur ou responsable de l'un ou l'autre service clinique?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	
108A	<p>Quels services offrez-vous dans cette FOSA?</p>	<p>CONSULTATION GENERALE A VACCINATION INFANTILE B SUIVI DE CROISSANCE C PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION D SOINS CURATIFS INFANTILES E PLANIFICATION FAMILIALE F SOINS PRENATALES/POST NATALES G PTME H ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAUX NÉS I PALUDISME K MALADIES SEXUELLEMENTS TRANSMISSIBLES L TUBERCULOSE M CONSEIL ET TEST DU VIH O TRAITEMENT ANTIRETROVIRAUX P SUIVI DES MALADES SOUS ARV Q MALADIES CHRONIQUES R PETITE CHIRURGIE S LABORATOIRE T ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE U GROUPE SANGUIN ET COMPATIBILITE ET/OU TRANSFUSION SANGUINE V AUCUN DE CES SERVICES X</p>	→ FIN

2. FORMATION GÉNÉRALE / PALUDISME / MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

200	<p>Tout d'abord, je voudrais vous poser des questions au sujet de quelques thèmes généraux de formation.</p> <p>Avez-vous reçu une formation continue (c.-à-d depuis que vous avez commencé à travailler) ou une formation de mise à niveau sur l'un ou l'autre des thèmes suivants? [LIRE LE THEME]</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?</p>	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Les mesures de précaution universelles, telles que l'hygiène des mains, nettoyage et désinfection, gestion de déchets, prévention de piqûres accidentelles dues aux aiguilles de seringue ou de blessures par d'autres objets tranchants, ou bonnes pratiques d'injection?	1	2	3
02	Toute formation spécifique à la sécurité des injections?	1	2	3
03	Systèmes de Gestion de l'Information Sanitaire ou remplissage des rapports pour n'importe quel service ?	1	2	3
04	La confidentialité et le droit aux pratiques non-discriminatoires pour des personnes vivant avec le VIH/SIDA?	1	2	3
5	Le contrôle de l'infection à la tuberculose	1	2	3
6	Gestion Intégrée des soins chirurgicaux essentiels et d'urgence	1	2	3
201	<p>VÉRIFIEZ A LA Q108A, SERVICE OFFERT DANS LA FOSA</p> <p style="text-align: center;">SEULS LES CODES T ET/OU V (EN RAPPORT AVEC LABO, GROUPE ET TRANSFUSION DU SANG) ENCERCLES <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">→ 700</p> <p>AUTRE CODE _ENCERCLE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p>			
<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet des prestations que vous fournissez personnellement comme partie de votre fonction actuelle au sein de cette FOSA et de toute formation continue ou formation de mise à niveau que vous avez reçue. Rappelez-vous que nous parlons de services que vous fournissez dans le cadre de votre fonction actuelle au sein de cette FOSA.</p>				
202	<p>Dans votre fonction actuelle, et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA, fournissez-vous personnellement des services connus sous le nom de « amis des jeunes » conçus pour être adressés aux jeunes ou adolescents ? c.-à-d. ayant pour objectif d'encourager l'utilisation des services chez les jeunes ou adolescents ?</p>	<p>OUI. 1</p> <p>NON. 2</p>		
203	<p>Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau sur des sujets s'adressant spécifiquement aux services réservés aux jeunes ou adolescents, services comme "amis des jeunes"?</p> <p>SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?</p>	<p>OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1</p> <p>OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2</p> <p>PAS DE FORMATION CONTINUE. ... 3</p>		

2.1. PALUDISME

204	Dans votre fonction actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA, est-ce que vous diagnostiquez et / ou traitez personnellement le paludisme?	OUI 1 NON 2			
205	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau en rapport avec le diagnostic et/ traitement du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 207		
206	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau axée sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE	
01	DIAGNOSTIC DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2	3	
02	DIAGNOSTIC DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3	
03	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1	2	3	
04	TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2	3	
05	TRAITEMENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2	3	
06	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2	3	
07	TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3	
206a	Connaissez-vous les directives/normes de la prise en charge du paludisme chez l'enfant malade?	OUI 1 NON 2			
206b	Connaissez-vous les directives/normes de la prévention du paludisme pendant la grossesse?	OUI 1 NON 2			
206c	Je vais vous lire une série d'assertions, veuillez me dire si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord, totalement pas d'accord	Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Totalement pas d'accord
	Je suis capable de fournir les soins aux enfants selon les directives/normes nationales de traitement du paludisme	1	2	3	4
	Je suis capable de fournir le traitement intermittent du paludisme selon les directives/normes nationale sur la prévention du paludisme pendant la grossesse	1	2	3	4
	La façon sûre pour connaître qu'une personne a le paludisme est de faire le test de laboratoire soit le TDR soit la microscopie	1	2	3	4
	La majorité de mes collègues adhèrent aux directives/normes de prise en charge du paludisme chez l'enfant malade	1	2	3	4
	La majorité de mes collègues adhèrent aux directives/normes de la prévention du paludisme pendant la grossesse	1	2	3	4
206d	Etes-vous favorable à l'utilisation du TDR pour le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON 2			
206e	Etes-vous favorable à l'utilisation de la u SP/Fansidar dans la prévention du paludisme pendant la grossesse?	OUI 1 NON 2			

2.2. DIABÈTE			
207	Dans votre fonction actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA, est-ce que vous diagnostiquez et/ou prenez personnellement en charge le diabète?	OUI. 1 NON. 2	
208	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau axée sur le diagnostic et/ou la prise en charge du diabète? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE 3	
2.3. MALADIES CARDIOVASCULAIRES			
209	Dans votre fonction actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA, est-ce que vous diagnostiquez et/ou prenez personnellement en charge les maladies cardiovasculaires telle que l'hypertension?	OUI. 1 NON. 2	
210	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau axée sur le diagnostic et/ou la prise en charge des maladies cardio-vasculaires? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE 3	
2.4. MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES			
211	Dans votre fonction actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA, est-ce que vous diagnostiquez et/ou prenez personnellement en charge les affections respiratoires chroniques telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)?	OUI. 1 NON. 2	
212	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau sur le diagnostic et/ou la prise en charge des maladies respiratoires chroniques? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE 3	
2.5. MALADIES CANCEREUSES			
213	Dans votre fonction actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA, est-ce que vous diagnostiquez et/ou prenez personnellement en charge les maladies cancéreuses telles que le cancer du sein...?	OUI. 1 NON. 2	
214	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau axée sur le diagnostic et/ou la prise en charge des maladies cancéreuses? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE 3	
2.6. MALADIES RENALES CHRONIQUES			
215	Dans votre fonction actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA, est-ce que vous diagnostiquez et/ou prenez personnellement en charge les affections rénales chroniques telles que l'insuffisance rénale Chronique (MRC)?	OUI. 1 NON. 2	
216	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau sur le diagnostic et/ou la prise en charge des maladies rénales chroniques? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE 3	

3. SERVICES DE SANTE INFANTILE

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

4. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

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

5.SERVICES DE SANTE MATERNELLE

5.1. CPN / SOINS POST-PARTUM / PTME

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

5.2. SERVICES D'ACCOUCHEMENT

506	Dans votre fonction actuelle, et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA, est-ce que vous dirigez personnellement des accouchements?	OUI. 1 NON. 2	→ 509	
507	Durant les 6 derniers mois, combien d'accouchements, approximativement, avez-vous dirigés comme principal prestataire (y inclure les accouchements effectués dans un cadre privé et dans cette FOSA)?	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
508	A quand remonte la dernière fois que vous avez utilisé un partogramme?	JAMAIS. 0 LA SEMAINE DERNIERE. 1 LE MOIS DERNIER. 2 LES 6 DERNIERS MOIS. 3 IL Y A PLUS DE 6 MOIS. 4		
509	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau sur des sujets liés à l'accouchement?	OUI. 1 NON. 2	→ 511	
510	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau sur les thèmes suivants [LIRE LES THEMES] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	La Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement?	1	2	3
02	Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence Complets (SONU)?	1	2	3
03	Soins routinier pendant le travail et l'accouchement	1	2	3
04	Gestion Active de la Troisième phase de l'accouchement (GATPA)?	1	2	3
05	Soins obstétricaux essentiels (SOE)?	1	2	3
06	Les soins post-avortement?	1	2	3
07	Les pratiques de soins à l'accouchement spécifiquement destinées à éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2	3

5.3. SERVICES DES SOINS AUX NOUVEAU-NES

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

6. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES - TB - VIH/SIDA

6.1. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

600	Dans votre fonction actuelle, et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des IST?	OUI..... 1 NON..... 2	
601	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau sur des sujets liés aux services IST?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 603
602	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau sur les thèmes suivants [LIRE LES THEMES] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
01	Diagnostiquer et traiter les infections sexuellement transmissibles (IST)	1	2
02	La prise en charge syndromique des IST	1	2
03	La résistance aux médicaments pour le traitement des IST	1	2

6.2.LA TUBERCULOSE

603	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées à la tuberculose. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau y relatif	Fournissez-vous [LIRE LES SERVICES]? (a)		Avez-ecu une formation continue sur [SERVICE]? SI OUI, derniers 24 mois ou plus? (b)		
	LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	OUI	NON	OUI, derniers 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMAT
01	Le diagnostic de la tuberculose basé sur des tests de crachat ou de l'analyse	1	2	1	2	3
02	Le diagnostic de la tuberculose basé sur les symptômes cliniques	1	2	1	2	3
03	La prescription du traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
04	Des services de suivi de traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
05	La stratégie du traitement du schéma court et long	1	2	1	2	3
06	La prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose	1	2	1	2	3
07	La prise en charge de la MDR-TB ou identification des cas à référer	1	2	1	2	3
*08	La gestion des médicaments antituberculeux	1	2	1	2	3
*09	La prise en charge de la tuberculose pédiatrique	1	2	1	2	3

6.3.VIH/SIDA

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

7. SERVICES DE DIAGNOSTIC

700	<p>Dans votre fonction actuelle, et dans le cadre de vos activités au sein de cette FOSA, effectuez-vous personnellement des examens de laboratoire y compris le groupage sanguin et/ou l'analyse du sang transfusés pour dépister les maladies transmissibles par le sang?</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE 2 « NON » SI LE PRESTATAIRE COLLECTE SEULEMENT DES SPÉCIMENS</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	→ 800	
701	<p>S'il vous plaît dites-moi si vous faites personnellement l'un ou l'autre des tests suivants dans le cadre de votre travail au sein de cette FOSA</p>	OUI	NON	
01	L'examen au microscope des crachats pour diagnostiquer la tuberculose	1	2	
02	Tests de dépistage rapide du VIH	1	2	
03	Tout autre test du VIH, comme la PCR, ELISA, ou Western Blot	1	2	
04	Tests d'hématologie, tel que le test de l'anémie (Hb et Ht)	1	2	
05	Le comptage des CD4	1	2	
06	Microscopie pour le diagnostic du paludisme	1	2	
07	Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme	1	2	
08	Dépistage sanguin du VIH avant la transfusion?	1	2	
09	Dépistage sanguin de l'hépatite B avant la transfusion?	1	2	
10	Les examens pour surveiller la TAR tels que les transaminases et la créatinine sérique?	1	2	
*11	Test d'Emel	1	2	
*12	Test d'électrophorèse de l'hémoglobine	1	2	
*13	Test de groupage sanguin	1	2	
*14	Test de compatibilité sanguine	1	2	
702	<p>Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau sur des sujets liés aux différents tests de diagnostic que vous effectuez?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	→ 800	
703	<p>Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à niveau sur les thèmes suivants [LIRE LES THEMES]</p> <p>SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à niveau a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?</p>	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	L'examen au microscope des crachats pour diagnostiquer la tuberculose	1	2	3
02	Tests de dépistage rapide du VIH	1	2	3
03	Tout autre test du VIH, comme la PCR, ELISA, ou Western Blot	1	2	3
04	Tests d'hématologie, tel que le test de l'anémie (Hb et Ht)	1	2	3
05	Le comptage des CD4	1	2	3
06	Microscopie pour le diagnostic du paludisme	1	2	3
07	Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme	1	2	3
08	Dépistage sanguin du VIH avant la transfusion?	1	2	3
09	Dépistage sanguin de l'hépatite B avant la transfusion?	1	2	3
10	Les examens pour surveiller la TAR tels que les transaminases et la créatinine sérique?	1	2	3
*11	Test d'Emel	1	2	3
*12	Test d'électrophorèse de l'hémoglobine	1	2	3
*13	Test de groupage sanguin	1	2	3
*14	Test de compatibilité sanguine	1	2	3

8. CONDITIONS DE TRAVAIL AU SEIN DE LA FOSA

800	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos des conditions de votre travail au sein de cette FOSA. En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans cette FOSA? SI LES SEMAINES NE SONT PAS REGULIERES, DEMANDEZ A L'ENQUETE DE FAIRE LA MOYENNE DU NOMBRE D'HEURES PAR MOIS ET DIVISEZ ALORS CE NOMBRE PAR 4.	NOMBRE D'HEURES MOYEN DE TRAVAIL PAR SEMAINE DANS CETTE FOSA 	
801	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la supervision que vous avez personnellement reçue. Cette supervision peut être d'un superviseur de la FOSA même ou de l'extérieur. Recevez-vous un appui technique ou une supervision dans votre travail? SI OUI, DEMANDEZ : A quand remonte la dernière supervision ?	OUI, AU COURS DES 3 MOIS DERNIERS. 1 OUI, IL Y A 4-6 MOIS. 2 OUI, IL Y A 7-12 MOIS. 3 OUI, IL Y A PLUS DE 12 MOIS. 4 NON/NSP. 5	804
802	Combien de fois durant les six derniers mois votre travail a été supervisé ?	NOMBRE DE FOIS. CHAQUE JOUR. '96	
803	La dernière fois que vous avez été personnellement Supervisé, est-ce que votre superviseur a fait l'une des choses suivantes: 01 Vérifier vos registres ou rapports? 02 Observer votre travail? 03 Donner n'importe quelle appréciation (positive ou négative) sur vos performances? 04 Donner une appréciation verbale sur votre travail? 05 Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail? 06 Discuter des problèmes que vous avez rencontrés?	OUI NON NSP	
01	Vérifier vos registres ou rapports?	A VERIFIE REGISTRE 1 2 8	
02	Observer votre travail?	A OBSERVE TRAVAIL 1 2 8	
03	Donner n'importe quelle appréciation (positive ou négative) sur vos performances?	FEEDBACK 1 2 8 05 ← 05 →	
04	Donner une appréciation verbale sur votre travail?	APPRECIATION VERBALE 1 2 8	
05	Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail?	A ACTUALISE 1 2 8	
06	Discuter des problèmes que vous avez rencontrés?	A DISCUTE DES PROBLEMES 1 2 8	
804	Avez-vous une description écrite des activités de votre travail actuel ou de votre fonction dans cette FOSA? SI OUI, DEMANDEZ : Est-ce que je peux la voir ?	OUI, VUE 1 OUI, RAPPORTEE, PAS VUE 2 NON 3	
805	Y a-t-il des occasions de promotion dans votre travail actuel?	OUI. 1 NON. 2 INCERTAIN/NE SAIT PAS. 8	
806	Quel(s) type(s) de supplément de salaire recevez-vous, si il y en a un? INSISTEZ: Rien d'autres?	SALAIRE MENSUEL OU QUOTIDIEN COMPLÉMENTAIRE. A PERDIEM EN ASSISTANT A UNE FORMATION. B ALLOCATION DE SERVICE. C PAIEMENT POUR ACTIVITÉS SUPPLEMENTAIRES (NON FOURNIES ROUTINIEREMENT). D HONORAIRES. E PRIME F AUTRE _____ X (PRECISEZ) AUCUN. Y	

807	<p>Dans votre fonction actuelle, quels encouragements non-matérielles avez-vous reçus pour le travail que vous effectuez, s'il y en a un?</p>	<p>CONGE/VACANCES A UNIFORMES, SACS A DOS, CASQUETTES etc... B REDUCTION SUR MEDICAMENTS, BILLETS GRATUITS POUR SOINS, BONDS, etc. C FORMATION. D RATION ALIMENTAIRE/REPAS. E LOGEMENT SUBVENTIONNE F AUTRE X (PRECISEZ) AUCUN. Y</p>				
808	<p>Parmi les diverses choses liées à votre condition de travail, pouvez-vous me citer les trois choses qui selon vous sont les plus susceptibles d'améliorer votre capacité à fournir des prestations des soins? Classez-les, s'il vous plaît, par ordre d'importance, 1 étant le plus important</p> <p>ENTREZ LA LETTRE CORRESPONDANT A LA 1ERE CHOSE MENTIONNEE DANS LA 1ERE CASE, ET FAIRE DE MEME POUR LA 2EME ET LA 3EME.</p> <p>SI LE PRESTATAIRE MENTIONNE 1 OU 2 ELEMENTS SEULEMENT ECRIVEZ "Y" DANS LA/LES CASE(S) RESTANTE(S). IL DOIT Y AVOIR AU MOINS UN ELEMENT SAISI.</p>	<p>PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR A PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS B PLUS DE FOURNITURES/STOCK. C ÉQUIPEMENTS/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE D MOINS DE CHARGE DE TRAVAIL (c.à.d. PLUS DE PERSONNEL). ... E MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL / HORAIRES FLEXIBLES. F PLUS D'ENCOURAGEMENTS/ INCITATIONS (SALAIRE, PROMOTION, VACANCES). G TRANSPORT POUR PATIENTS REFERES. H FOURNIR DES ANTIRETROVIRAUX. ... I FOURNIR DE LA PEP (PROTECTION POST EXPOSITIONNELLE) J AUGMENTER LA SECURITE. K MEILLEURE INFRASTRUCTURE. L PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE. M SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES). N AUTRES. X PAS DES PROBLEMES Y</p>	<p>CLASSEMENT</p> <table border="1" data-bbox="1260 590 1471 669"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table>			
REMERCEZ VOTRE ENQUETE ET PASSEZ AU PROCHAIN ENDROIT DE COLLECTE DE DONNEES						

OBSERVATION DE LA CONSULTATION PRÉNATALE (CPN)

RDC - EVALUATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE

OBSERVATION DE LA CONSULTATION PRENATALE (CPN)

1. Identification de la Formation Sanitaire (FOSA)

TYPE DE QUESTIONNAIRE

O	C	P	N
---	---	---	---

NUMERO DE LA FOSA

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

--	--

CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

--	--	--

2. Information sur le Prestataire

Catégorie de Prestataire:

MEDECIN GENERALISTE 01
 MEDECIN SPECIALISTE 02
 CHIRURGIEN DENTISTE 03
 TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE 04
 INFIRMIER(E) 05
 ACCOUCHEUSE 06
 SAGE FEMME 07
 TECHNICIEN DE LABO/BIOLOGISTE MEDICAL 08
 TECHNICIEN DE RADIOLOGIE 09
 KINESITHERAPEUTE 10
 ASSISTANT EN PHARMACIE 11
 NUTRITIONNISTE 12
 TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT 13
 ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE 14
 LICENCIÉ EN MEDECINE PHYSIQUE 15
 PHARMACIEN 16
 SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER. 95
 AUTRE 96

CATEGORIE PRESTATAIRE

--	--

SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)

SEXE DU PRESTATAIRE

--

3. Information sur l'Observation

Date:

JOUR

--	--

MOIS

--	--

ANNEE

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

Nom de l'observateur : _____

CODE DE L'OBSERVATEUR

--	--	--	--

Observation de la Consultation Prénatale

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
-----	-----------	-------	---------

AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DE LA GESTANTE. ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA CONSULTATION.

	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente l'ESP/KINSHASA. Nous faisons une étude auprès des formations sanitaires de la RDC dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec cette gestante afin de comprendre comment les services de CPN sont fournis dans cette FOSA.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la gestante ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le MINISTERE DE LA SANTE ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé. Cependant, ni votre nom ni ceux de vos gestantes ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>m'autorisez-vous à d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">JOUR</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ANNEE</td> <td></td> </tr> </table>					2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE				
				2	0	1													
JOUR		MOIS		ANNEE															
100	ENREGISTREZ SI L'AUTORISATION A ETE DONNEE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	→ FIN																
	<p>A LIRE A LA GESTANTE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente l'ESP/KINSHASA. Nous faisons une étude sur les prestations des services de santé en RDC. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, en vue de comprendre comment les services CPN sont fournis dans cette FOSA.</p> <p>Nous ne sommes pas entrain d'évaluer le PRESTATAIRE ou la FOSA en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de consultation seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre visite c'est de manière complètement volontaire. Le fait que vous acceptiez ou non de participer ou non n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre autorisation à être présent à cette consultation?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>																		
101	ENREGISTREZ SI L'AUTORISATION A ETE DONNEE PAR LA GESTANTE.	OUI 1 NON 2	→ FIN																

102	ENREGISTREZ L'HEURE DE DEBUT DE L'OBSERVATION		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DANS CE SERVICE?	OUI	1	NOI	2	
NO.	QUESTION / OBSERVATIONS					CODES
POUR CHACUN DES GROUPES SUIVANTS, ENERCLEZ TOUTE ACTION PRISE PAR LE PRESTATAIRE OU PAR LA GESTANTE. SI AUCUNE ACTION DU GROUPE N'EST OBSERVEE, ENERCLEZ "Y" POUR CHAQUE GROUPE A LA FIN DE L'OBSERVATION.						

ANTECEDENTS DE LA GESTANTE

104	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU SI LA GESTANTE A MENTIONNE L'UN OU L'AUTRE DES ELEMENTS SUIVANTS:	
01	L'âge de la gestante	A
02	Les médicaments que la gestante prend	B
03	Date du début des dernières règles	C
04	Nombre de grossesses antérieures que la gestante a eues	D
05	Aucun des éléments ci-dessus	Y

ASPECTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES

105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE OU LA GESTANTE A DISCUTE L'UN OU L'AUTRE DES ASPECTS SUIVANTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES:	
01	Mort-nés antérieurs	A
02	Enfants décédés au cours de la première semaine de vie	B
03	Saignement intense, pendant ou après l'accouchement	C
04	Accouchement antérieur dystocique (césarienne, ventouse, ou forceps)	D
05	Avortements spontanés antérieurs	E
06	Grossesses multiples antérieures	F
07	Travail prolongé antérieur	G
08	Hypertension gravidique antérieure	H
09	Convulsions liées à une grossesse antérieure	I
10	Fièvre élevée ou infection durant la(es) grossesse(s) antérieure(s)	J
11	Aucun des aspects ci-dessus	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ACTUELLE

106	DANS LA COLONNE A , INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE A PROPOS OU SI LA GESTANTE A MENTIONNE L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES RELATIVES A LA GROSSESSE ACTUELLE. DANS LA COLONNE B , INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS A PROPOS DES SIGNES DE DANGER	(A) PRESTATAIRE A DEMANDE OU LA CLIENTE A MENTIONNE	(B) PRESTATAIRE A DONNEE DES CONSEILS
01	Saignement vaginal	A	A
02	Fièvre	B	B
03	Maux de tête ou vision floue	C	C
04	Gonflement du visage ou des mains	D	D
05	Fatigue ou essoufflement	E	E
06	Mouvements fœtaux (absents ou excessifs)	F	F
07	Toux ou difficulté à respirer pendant 3 semaines ou plus	G	G
08	Autres symptômes ou problèmes que la gestante pense qu'ils pourraient être liés à cette grossesse	H	H
09	Aucun des signes ci-dessus	Y	Y

EXAMEN MEDICAL

107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A EXECUTE LES PROCEDURES SUIVANTES:	
01	Prendre la tension artérielle de la gestante	A
02	Peser la gestante	B
03	Examiner les conjonctives/paumes pour l'anémie	C
04	Examiner les jambes/pieds/mains pour rechercher les œdèmes	D
05	Rechercher la tuméfaction des ganglions	E
06	Palper l'abdomen de la gestante pour connaître la position du fœtus	F
07	Palper l'abdomen de la gestante pour mesurer la hauteur de l'utérus	G
08	Auscultier l'abdomen de la gestante pour entendre les battements du cœur du fœtus	H
09	Faire une échographie/référer la gestante pour une échographie/consulter les résultats d'une échographie faite récemment	I
10	Examiner les seins de la gestante	J
11	Effectuer un examen vaginal/examen de la surface périnéale	K
12	Mesurer la hauteur utérine avec un mètre ruban	L
13	Aucune des procédures ci-dessus	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

TESTS DE ROUTINE

108	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A) A DEMANDE A PROPOS, B) A EFFECTUE C) A REFERE LA GESTANTE POUR LES TESTS SUIVANTS	(A) PRESTATAIRE A DEMANDE	(B) PRESTATAIRE A EFFECTUE	(C) PRESTATAIRE A REFERE	(D) PAS ACTION PRISE
01	Test d'anémie (Hb, Hct...)	A	B	C	Y
02	Groupe sanguin	A	B	C	Y
03	N'importe quel test d'urine	A	B	C	Y
04	Test de syphilis	A	B	C	Y
05	Rhésus	A	B	C	Y

CONSEIL ET DEPISTAGE DU VIH

109	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT CE QUI SUIT:	
01	A Demandé si la gestante connaissait son statut sérologique	A
02	A fourni des conseils relatifs au test du VIH	B
03	A référé pour le counseling relatif au test du VIH	C
04	A effectué un test de VIH	D
05	A référé pour un test de VIH	E
06	Aucune des actions ci-dessus	Y

MAINTIEN D'UNE GROSSESSE SAINTE

110	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA GESTANTE L'UN OU L'AUTRE CONSEIL SUR LES SUJETS SUIVANTS:	
01	A discuté de la nutrition (c.à.d. quantité ou qualité de nourriture à manger) durant la grossesse	A
02	A informé la gestante sur l'évolution de la grossesse	B
03	A discuté de l'importance de faire au moins 4 visites CPN	C
04	Aucun des sujets ci-dessus	Y

SUPPLEMENTATION EN FER

111	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA GESTANTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné des comprimés de fer ou de l'acide folique (AF) ou tous les deux	A
02	A expliqué l'importance du fer ou de l'acide folique	B
03	A expliqué comment prendre les comprimés de fer ou de l'acide folique	C
04	A expliqué les effets secondaires des comprimés de fer	D
05	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

INJECTION DU VACCIN ANTI-TETANIQUE

112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA GESTANTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné une injection de vaccin anti-tétanique (VAT)	A
02	A expliqué l'importance de l'injection du (VAT)	B
03	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

DEPARASITAGE

113	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA GESTANTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné du Mebendazole/ de l'Albendazole	A
02	A expliqué l'importance du Mebendazole/de l'Albendazole	B
03	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

PALUDISME

114	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA GESTANTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A donné une prophylaxie antipaludique durant la consultation	A
02	A prescrit une prophylaxie antipaludique	B
03	A expliqué l'importance du traitement préventif à l'aide des médicaments antipaludiques	C
04	A expliqué comment prendre des médicaments antipaludiques	D
05	A expliqué les effets secondaires possibles des antipaludiques	E
06	A donné un bon pour obtenir une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ou a expliqué à la femme enceinte où obtenir le bon	F
07	A explique clairement l'importance d'utiliser une MII	G
08	OBSERVATION DIRECTE La 1ère dose du TPI est prise au niveau de la structure sanitaire	H
09	L'importance de doses supplémentaires de TPI a été expliquée	I
10	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

PREPARATIFS A L'ACCOUCHEMENT

115	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA GESTANTE DES CONSEILS AU SUJET DE L'ACCOUCHEMENT AU MOYEN DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:	
01	A demandé à la gestante là où elle compte accoucher	A
02	A conseillé à la gestante de se préparer à l'accouchement (ex. mettre de l'argent de côté, prendre des dispositions pour le transport d'urgence)	B
03	A conseillé la gestante à utiliser un agent de santé qualifié pour l'accouchement	C
04	A discuté avec la gestante ce qu'elle doit avoir sous la main à la maison en cas d'urgence (ex., la lame)	D
05	Aucun des sujets ci-dessus	Y

RECOMMANDATIONS POUR NOUVEAU-NE ET POST PARTUM

116	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS AU SUJET DES SOINS DU NOUVEAU-NE OU SOINS POSTPARTUM DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:	
01	A discuté des soins essentiels du nouveau-né (chaleur, l'hygiène, soins du cordon...)	A
02	A discuté de l'initiation précoce et prolongée de l'allaitement maternel	B
03	A discuté de l'allaitement maternel exclusif au sein	C
04	A discuté de l'importance de la vaccination pour le nouveau-né	D
05	A discuté des options pour la planification familiale après l'accouchement	E
06	Aucun des sujets ci-dessus	Y

OBSERVATIONS D'ENSEMBLE SUR L'INTERACTION

117	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE SI LA CLIENTE AVAIT DES QUESTIONS OU L'A ENCOURAGE A POSER DES QUESTIONS.	OUI 1 NON 2	
118	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A UTILISE DES IMAGES POUR L'EDUCATION SANITAIRE OU A DONNE DES CONSEILS DURANT LA CONSULTATION.	OUI 1 NON 2	
119	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A CONSULTE LE CARNET DE SANTE DE LA GESTANTE (OU BIEN D'EXAMINER LA GESTANTE, OU BIEN PENDANT AVANT L'INTERROGATOIRE OU L'EXAMEN DE LA GESTANTE).	OUI, A CONSULTE LE CARNET. 1 N'A PAS CONSULTE LE CARNET. 2 PAS DE CARNET/CARNET PAS VU 3 → 121	
120	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A ECRIT QUELQUE CHOSE DANS LE CARNET DE CPN DE LA GESTANTE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
121	ENREGISTREZ LE RESULTAT DE LA CONSULTATION. [ENREGISTREZ LE RESULTAT AU MOMENT OU L'OBSERVATION PREND FIN]	LA GESTANTE RENTRE CHEZ ELL 1 LA GESTANTE EST REFEREE(AU LABO OU AUTRE PRESTATAIRE) DANS LA MEME FOSA. 2 LA GESTANTE EST HOSPITALISEE DANS LA MEME FOSA. 3 LA GESTANTE EST REFEREE DANS UNE AUTRE FOSA. 4	

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

QUESTIONS DESTINEES AU PRESTATAIRE DE CPN

POSEZ AU PRESTATAIRE LES QUESTIONS SUIVANTES ET VERIFIEZ DANS LE REGISTRE DE CPN OU DANS LE CARNET DE CPN DE LA GESTANTE		
122	A combien de semaines de grossesse est la gestante?	SEMAINES DE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>
123	Est-ce-que ceci est la 1ère, 2ème, 3ème, 4ème ou 5ème visite de la gestante pour des soins prénatals pour cette grossesse en cours dans cette FOSA?	PREMIERE VISITE..... 1 DEUXIEME VISITE..... 2 TROISIEME VISITE..... 3 QUATRIEME VISITE..... 4 CINQUIEME VISITE OU PLUS..... 5 NE SAIT PAS..... 8
124	Est-ce que la gestante a eu une grossesse antérieure, quel que soit la durée ou le résultat de cette grossesse, ou ceci est la première grossesse de la gestante?	PREMIERE GROSSESSE..... 1 PAS PREMIERE GROSSESSE..... 2 NE SAIT PAS..... 8
125	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
Commentaires de l'Observateur:		

INTERVIEW DE SORTIE DE LA CONSULTATION PRÉNATALE (CPN)

RDC - EVALUATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE

INTERVIEW DE SORTIE DE LA CONSULTATION PRENATALE (CPN)

1. Identification de la Formation Sanitaire (FOSA)

	TYPE DE QUESTIONNAIRE	IS	C	P	N
NUMERO DE LA FOSA					
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]					
CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)					

2. Information sur le Prestataire

<p><u>Catégorie de Prestataire:</u></p> <p>MEDECIN GENERALISTE 01</p> <p>MEDECIN SPECIALISTE 02</p> <p>CHIRURGIEN DENTISTE 03</p> <p>TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE 04</p> <p>INFIRMIER(E) 05</p> <p>ACCOUCHEUSE 06</p> <p>SAGE FEMME 07</p> <p>TECHNICIEN DE LABO/BIOLOGISTE MEDICAL 08</p> <p>TECHNICIEN DE RADIOLOGIE 09</p> <p>KINESITHERAPEUTE 10</p> <p>ASSISTANT EN PHARMACIE 11</p> <p>NUTRITIONNISTE 12</p> <p>TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT 13</p> <p>ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE 14</p> <p>LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE 15</p> <p>PHARMACIEN 16</p> <p>SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER. 95</p> <p>AUTRE _____ 96</p>	<p>CATEGORIE PRESTATAIRE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div>
SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)	SEXE DU PRESTATAIRE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

3. Information sur l'Interview

<p>Date:</p> <p>Nom de l'enquêteur : _____</p>	<p>JOUR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>MOIS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>ANNEE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2 0 1</div></p> <p>CODE DE L'ENQUETEUR <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>
--	---

1. Information sur la visite - Consultation prénatale (CPN)

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A														
	<p>A LIRE A LA GESTANTE : Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons l'ESP/KINSHASA. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires. Afin d'améliorer les services qu'offre cette FOSA, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre consultation d'aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette interview est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez pendant n'importe quelle visite future.</p> <p>Les informations de cette enquête seront fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre autorisation pour commencer l'interview ?</p>																
	<p>Signature de l'enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td colspan="5">ANNEE</td> </tr> </table>					2	0	1	JOUR	MOIS	ANNEE					
				2	0	1											
JOUR	MOIS	ANNEE															
100	Puis-je commencer l'interview?	OUI 1 NON 2	→ FIN														
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW.....	<input type="text"/> : <input type="text"/>															
102	Avez-vous une carte/carnet de soins prénatals, ou une carte de vaccination sur vous? SI OUI: DEMANDEZ A VOIR LA CARTE/CARNET.	OUI 1 NON, CARNET RESTE DANS LA STRUC..... 2 CARNET PAS UTILISE 3	→106														
103	VÉRIFIEZ LA CARTE/CARNET PRENATAL, OU CARTE DE VACCINATION. INDIQUEZ S'IL Y EST NOTE OU NON QUELQUE CHOSE QUI MONTRE QUE LA GESTANTE A REÇU DU VACCIN ANTI-TETANIQUE.	OUI, UNE FOIS 1 OUI, DEUX FOIS 2 OUI, TROIS FOIS OU PLUS 3 PAS D'INDICATION 4															
104	SELON LA CARTE/CARNET PRENATAL, DEPUIS COMBIEN DE SEMAINES EST-ELLE ENCEINTE?	Nbr DE SEMAINES <input type="text"/> PAS DISPONIBLE 95															
105	EST-CE QUE LA CARTE INDIQUE QUE LA GESTANTE A RECU UN TRAITEMENT PREVENTIF DE MEDICAMENTS ANTIPALUDIQUES? SI OUI, INDIQUEZ LE NOMBRE DE DOSES	OUI, 1 DOSE..... 1 OUI, 2 DOSES..... 2 OUI, 3 DOSES..... 3 OUI, 4 DOSES..... 4 NON 5															
106	Avez-vous déjà été enceinte, quel que soit la durée ou l'aboutissement, ou bien c'est votre première grossesse?	PREMIERE GROSSESSE 1 PAS LA PREMIERE GROSSESSE 2															
107	Est-ce que c'est votre première visite prénatale à cette FOSA pour cette grossesse? SI PAS PREMIERE VISITE, DEMANDEZ Combien de fois avez-vous visité cette FOSA pour cette grossesse?	PREMIERE VISITE..... 1 DEUXIEME VISITE 2 TROISIEME VISITE..... 3 QUATRIEME VISITE..... 4 PLUS DES 4 VISITES..... 5															
108	Durant cette viste, ou les visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des comprimés de fer ou d'acide folique ou les deux? MONTREZ A LA GESTANTE LES COMPRIMES DE FER, ACIDE FOLIQUE OU COMPRIME COMBINE.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE..... 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON..... 4 NSP..... 8	→111a														

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
109	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il expliqué comment prendre les comprimés de fer?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE..... 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON..... 4 NSP..... 8	
110	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé des effets secondaires des comprimés de fer?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE..... 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON..... 4 NSP..... 8	└─┬─>111a
111	Dites-moi SVP tous les effets secondaires que vous connaissez et qui sont liés à la prise des comprimés de fer. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	NAUSÉE..... A SELLES NOIRES..... B CONSTIPATION..... C AUTRE _____ X (SPECIFIER) NE SAIT PAS..... Z	
111a	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit un médicament contre les vers intestinaux (Mebendazole, Albendazole)? MONTREZ LES COMPRIMES DES VERMIFUGES	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE..... 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON..... 4 NSP..... 8	
112	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit un antipaludique? MONTREZ LES COMPRIMES DE FANSIDAR?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE..... 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON..... 4 NSP..... 8	└─┬─>114
113	Vous a-t-on demandé d'avalier les comprimés dans la FOSA et en présence d'un prestataire?	OUI..... 1 NON..... 2	
114	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a conseillé d'utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE..... 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON..... 4 NSP..... 8	
115	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide gratuitement?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE..... 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON..... 4 NSP..... 8	└─┬─>117
116	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a proposé d'acheter une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou vous a recommandé un endroit pour l'acheter?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE..... 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON..... 4 NSP..... 8	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
117	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé de la nutrition ou de la nourriture que vous devez manger pendant cette grossesse?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE. 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT. 3 NON. 4 NSP. 8	
118	Dites moi s'il vous plait certains signes de complications (signes de danger) de la grossesse que vous connaissez. ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	SAIGNEMENT VAGINAL A FIEVRE. B OEDEME VISAGE/MAINS. C FATIGUE ET ESSOUFLEMENT. D MAUX DE TETE ET VISION FLOUE. E CONVULSIONS. F MOUVEMENTS FOETAUX EXCESSIFS OU ABSENTS. G RUPTURE PREMATURE DES MEMBRANES H TOUX OU DIFFICULTE A RESPIRER PDT 3 SEMAINES OU PLUS I AUTRE _____ X (SPECIFIER) NSP. Z	→ 120
119	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé des signes de danger de la grossesse.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE. 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT. 3 NON. 4 NSP. 8	→ 121
120	Qu'est ce que le prestataire vous a donné comme conseil au cas où vous avez un de ces signes de danger? ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	VENIR A LA FOSA. A REDUIRE L'ACTIVITE PHYSIQUE. B CHANGER LE REGIME ALIMENTAIRE. C AUTRE _____ X (SPECIFIER) PAS DES CONSEILS. Y	
121	Est-ce que pendant cette visite ou une visite antérieure, un prestataire a discuté avec vous des choses que vous devriez avoir pour votre accouchement ? CECI POURRAIT INCLURE DES DISPOSITIONS EN CAS D'URGENCES, LES CHOSES QUE VOUS DEVRIEZ APPORTER AVEC VOUS A LA MATERNITE	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE. 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT. 3 NON. 4 NSP. 8	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
122	Dites-moi SVP toutes les choses que vous devriez avoir pour de votre accouchement. ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	TRANSPORT D'URGENCE..... A ARGENT..... B DESINFECTANT..... C LAME/CISEAUX STERILE POUR COUPER LE CORDON... D GANTS E FIL/ANNEAU PROPRE POUR LE CORDON OMBILICAL F AUTRE _____ X (SPECIFIER) NE SAIT PAS Z	
123	Avez-vous mis de l'argent de côté pour l'accouchement? SI OUI, DEMANDEZ: En avez-vous suffisamment?	OUI, ASSEZ..... 1 OUI, MAIS PAS SUFFISAMMENT..... 2 NON..... 3	
124	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il questionné sur le lieu où vous pensez accoucher?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE. 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON. 4 NSP. 8	
125	Avez-vous décidé de l'endroit où vous irez accoucher ? SI OUI: INSISTEZ POUR SAVOIR OU ELLE COMPTE ACCOUCHER	DANS CETTE FOSA ... 1 DANS AUTRE FOSA 2 A DOMICILE..... 3 CHEZ L'ACCOUCHEUSE TRADI. . 4 AUTRE _____ 6 (SPECIFIER) NE SAIT PAS..... 8	
126	Connaissez-vous les signes de danger de l'accouchement ou de l'après accouchement? SI OUI: Quels sont les signes que vous connaissez?	SAIGNEMENT ABONDANT..... A FIEVRE..... B DECHIRURES..... C AUCUN..... Y	
127	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, est-ce que le prestataire a parlé de l'importance de l'allaitement maternel exclusif ?—c'est-à-dire, au sujet de ne donner à votre bébé rien que du lait maternel ?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE. 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON. 4 NSP / N'A RIEN DIT. 8	→129
128	Pendant combien de mois le prestataire vous a conseillé d'allaiter exclusivement votre enfant au sein, c'est-à-dire, que vous ne devez donner à votre bébé ni liquide, ni nourriture en plus de votre lait ?	ENTRE 4 A 6 MOIS. 1 6 MOIS. 2 AUTRE. 6 NSP. 8	
129	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé de l'utilisation de la planification familiale après la naissance de votre bébé?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDANTE. 2 OUI, VISITE PRECEDANTE SEULEMENT..... 3 NON. 4 NSP. 8	

2. Satisfaction de la gestante

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
	Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses sur les quelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services des consultations prénatales.		
201	Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation? NOUS SOMMES INTERESSES AU TEMPS D'ATTENTE DEPUIS L'HEURE D'OUVERTURE NORMALE DU SERVICE DE CPN	MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NE SAIT PAS998	
202	Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les gestantes rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui; et si oui, s'il était un grand problème ou un petit problème pour vous.		
			PAS DE PROBLE <u>GRAND</u> <u>PETIT</u> <u>MES</u> <u>NSP</u>
01	Le temps d'attente	1 2 3 8	
02	La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant votre grossesse avec le prestataire	1 2 3 8	
03	Les explications que vous avez reçues au sujet de votre grossesse ou autres problèmes.	1 2 3 8	
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée	1 2 3 8	
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation	1 2 3 8	
06	La disponibilité des médicaments dans la FOSA	1 2 3 8	
07	Les heures de service dans cette FOSA	1 2 3 8	
08	Le nombre de jours de services mis à votre disposition	1 2 3 8	
09	La propreté de la formation sanitaire	1 2 3 8	
10	La manière dont le personnel vous a traité	1 2 3 8	
11	Le coût des services ou du traitement	1 2 3 8	
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paie pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cette FOSA ?	OUI. 1 NON. 2 NSP.8	
204	Vous a-t-on demandé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 206

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cette FOSA aujourd'hui ?	MONTANT TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CDF NSP 999998	
206	Est-ce que c'est la FOSA la plus proche de chez vous ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à la FOSA la plus proche de chez vous ? SI LA PATIENTE MENTIONNE PLUSIEURS RAISONS, INSISTEZ POUR SAVOIR LA RAISON PRINCIPALE	HEURES DE SERVICE PAS COMMODES 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER ANONYME 05 C'EST PLUS CHER 06 REFERENCE/TRANSFER 07 CONVENTION 08 MAUVAISE QUALITE DES SOIN: 09 PRESTATIONS PAS DISPO. 10 AUTRE 96 NSP 98	
208	En général, laquelle de ces assertions décrit le mieux votre opinion sur les services que vous avez reçus dans cette FOSA aujourd'hui LIRE TOUTES LES ASSERTIONS ET EN CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 3		
209	Pouvez-vous recommander cette FOSA à un ami ou à un membre de famille?	OUI 1 NON 2 NSP 8	

3. Caractéristiques personnelles de la gestante

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP 98	
303	Avez-vous fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous avez atteint?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE .. 3	→306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE SEULEMENT 1 OUI, LIRE ET ECRIRE 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
<p>Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !</p>			
<p>Commentaires de l'enquêteur :</p>			

OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

RDC - EVALUATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE

OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

1. Identification de la Formation Sanitaire (FOSA)

	TYPE DE QUESTIONNAIRE	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">O</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">P</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">F</td> </tr> </table>	O	P	F		
O	P	F					
NUMERO DE LA FOSA	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

2. Information sur le Prestataire

<p><u>Catégorie de Prestataire:</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>MEDECIN GENERALISTE</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>MEDECIN SPECIALISTE</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>CHIRURGIEN DENTISTE</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>INFIRMIERE</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>ACCOUCHEUSE</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>SAGE FEMME</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN DE LABORATOIRE/BIOLOGISTE MEDICAL</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN DE RADIOLOGIE</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td>KINESITHERAPEUTE</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>ASSISTANT EN PHARMACIE</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>NUTRITIONNISTE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PHARMACIEN</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER</td><td style="text-align: right;">95</td></tr> <tr><td>AUTRE _____</td><td style="text-align: right;">96</td></tr> </table>	MEDECIN GENERALISTE	01	MEDECIN SPECIALISTE	02	CHIRURGIEN DENTISTE	03	TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE	04	INFIRMIERE	05	ACCOUCHEUSE	06	SAGE FEMME	07	TECHNICIEN DE LABORATOIRE/BIOLOGISTE MEDICAL	08	TECHNICIEN DE RADIOLOGIE	09	KINESITHERAPEUTE	10	ASSISTANT EN PHARMACIE	11	NUTRITIONNISTE	12	TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT	13	ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE	14	LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE	15	PHARMACIEN	16	SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER	95	AUTRE _____	96	<p>CATEGORIE PRESTATAIRE</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
MEDECIN GENERALISTE	01																																						
MEDECIN SPECIALISTE	02																																						
CHIRURGIEN DENTISTE	03																																						
TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE	04																																						
INFIRMIERE	05																																						
ACCOUCHEUSE	06																																						
SAGE FEMME	07																																						
TECHNICIEN DE LABORATOIRE/BIOLOGISTE MEDICAL	08																																						
TECHNICIEN DE RADIOLOGIE	09																																						
KINESITHERAPEUTE	10																																						
ASSISTANT EN PHARMACIE	11																																						
NUTRITIONNISTE	12																																						
TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT	13																																						
ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE	14																																						
LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE	15																																						
PHARMACIEN	16																																						
SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER	95																																						
AUTRE _____	96																																						
SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)	SEXE DU PRESTATAIRE																																						
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																						

3. Information sur l'Observation

<p>Date:</p> <p>Nom de l'observateur :</p>	<p>JOUR</p> <p>MOIS</p> <p>ANNEE</p> <p>CODE DE L'OBSERVATEUR</p>				
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	2	0	1	
2	0	1			
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

SECTION 1: OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
-----	-----------	------	---------

AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, VOUS DEVEZ OBTENIR LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DU (DE LA) CLIENT(E), ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN "EXPERT" A CONSULTER PENDANT LA SESSION.

	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, Je suis (.....). Je représente l'ESP/KINSHASA. Nous faisons une étude auprès des formations sanitaires dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec ce (tte) client(e) afin de comprendre comment les services de planification familiale sont fournis dans ce service.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui du (de la) client(e) ne seront enregistrés. Cependant, les informations collectées pendant cette observation pourront être utilisées par le MINISTRE DE LA SANTE ou les organismes appuyant des services dans cette formation, en vue de l'amélioration des services de santé. Des informations de cette observation pourront aussi être fournies aux chercheurs pour des analyses; cependant, les informations seront fournies de telle manière que ni vous, ni le service, ni le(la) client(e) ne pourront être identifiés. Tous les rapports utilisant ces données présenteront l'information sous forme globale, ce qui constitue une garantie supplémentaire de confidentialité.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Sachez que si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gêné, vous pouvez me demander de partir.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p>	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">JOUR</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MOIS</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">ANNEE</td> </tr> </table>			2	0	1	JOUR	MOIS	ANNEE			
		2	0	1									
JOUR	MOIS	ANNEE											
100	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE LA PERMISSION DE L'OBSERVER	OUI 1 NON 2	→ FIN										
	<p>A LIRE AU (A LA) CLIENT(E): Bonjour, Je suis (.....). Je représente l'ESP/KINSHASA. Nous faisons une étude auprès des formations sanitaires. Je voudrais être présent lorsque que vous recevrez des services aujourd'hui, afin de mieux comprendre comment les soins sanitaires sont fournis.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer LE PRESTATAIRE ou le service en particulier, mais plutôt nous essayons d'avoir une image de la situation globale afin d'améliorer des services. Des informations de cette observation peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des prestations ne seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre consultation c'est complètement volontaire et le fait que vous acceptiez ou pas de participer n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je quitte, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue voudrait parler avec vous au sujet de votre expérience ici aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser ? Sachez que si, à un moment quelconque, vous vous sentez gênée par ma présence, vous pouvez me demander de partir. Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation ?</p>												
101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ DONNÉE PAR LA CLIENTE	OUI 1 NON 2	→ FIN										

102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION :		
103	EST LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE/ CETTE PRESTATAIRE POUR CE SERVICE?	OUI 1 NON 2	
104	ENREGISTREZ LE SEXE DE LA CLIENTE (DU CLIENT)	MASCULIN 1 FEMININ 2	
NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES
ANAMNESE DE LA CLIENTE (POUR LES FEMMES SEULEMENT)			
105	INDIQUEZ CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANEMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :		
01	Date de la dernière naissance ou âge de l'enfant le plus jeune		A
02	Date des dernières règles (pour savoir si enceinte actuellement)		B
03	Statut d'allaitement		C
04	Régularité du cycle menstruel		D
05	Aucun		Y
ANAMNESE DU CLIENT/DE LA CLIENTE (TOUS LES CLIENTS)			
106	INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LE (LA)CLIENT(E) ET HISTOIRE REPRODUCTIVE. INDIQUEZCI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LE (LA)CLIENT(E) A FOURNI SPONTANEMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :		
01	Age de la cliente (du client)		A
02	Nombre d'enfants vivants		B
03	Désire pour un enfant ou plus d'enfants		C
04	Délai préféré pour une naissance ou un prochain enfant		D
05	Interroger le (la) client(e) au sujet du tabagisme		E
06	Interroger le (la) client(e) au sujet des symptômes relatifs aux IST (par exemple, écoulement anormal).		F
07	Interroger le (la) client(e) au sujet des maladies chroniques (maladie du coeur, diabète, hypertension, maladie grave du foie ou ictère, cancer du sein).		G
08	Aucun		Y
EXAMEN PHYSIQUE			
107	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A EXÉCUTÉ L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRES:		
01	Prendre la pression artérielle de la cliente		A
02	Peser la cliente		B
03	Aucun		Y
PARTENAIRE ET ISTs			
108	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A OU NON DISCUTÉ DES QUESTIONS CI-APRES LIÉES AUX PARTENAIRES SEXUELS ET AU CHOIX DE LA MÉTHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE.		
01	De l'attitude du partenaire envers la planification familiale.		A
02	Du statut du partenaire (nombre de partenaires de la cliente ou de son partenaire; l'absence du partenaire).		B
03	Du risque des IST.		C
04	De l'utilisation des condoms pour prévenir les IST et les grossesses.		D
05	De l'utilisation des condoms seuls ou avec une autre méthode pour essayer de prévenir les IST.		E
06	Aucun		Y

QUESTIONS/PREOCCUPATIONS			
109	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE OU LE(LA) CLIENT (E)ONT FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES.		
01	A interrogé la cliente au sujet de questions ou de soucis concernant les méthodes actuellement utilisées.		A
02	La cliente a dit qu'elle a eu des préoccupations ou a posé des questions sur les effets secondaires ou sur la méthode?		B
03	Aucun		Y
CONFIDENTIALITE			
110	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A PRIS OU PAS L'UNE OU L'AUTRE DES MESURES SUIVANTES POUR ASSURER L'INTIMITÉ DE LA CLIENTE.		
01	A assuré l'intimité visuelle.		A
02	A assuré l'intimité auditive.		B
03	A assuré la cliente oralement de la confidentialité.		C
04	Aucun		Y
METHODES PRESCRITES OU FOURNIES			
111	INDIQUEZ QUELLES MÉTHODES ONT ÉTÉ FOURNIES OU PRESCRITES PENDANT CETTE VISITE. SI DES CONDOMS ÉTAIENT PRESCRITS POUR L'USAGE AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENERCLEZ LES DEUX MÉTHODES. [SI ANCIENNE CLIENTE VENUE POUR SE REAPPROVISIONNER EN PILULES OU POUR RECEVOIR UNE NOUVELLE INJECTION OU POUR SE FAIRE REMPLACER UN DIU PENDANT CETTE VISITE, ENERCLEZ LA METHODE POUR LAQUELLE ELLE EST VENUE]		
		(A)	(B)
	METHODE	PRESCRITE	FOURNIE
01	PILULE ORALE COMBINEE	A	A
02	PILULE PROGEST. SEUL	B	B
03	PIL. (TYPE NON SPECIFIE)	C	C
04	INJECTION COMBINEE (Mensuelement)	D	D
05	INJECTABLE A BASE DE PROGESTORONE SEULE (2-3 MOIS) /DEPO-PROVERA	E	E
06	CONDOM MASCULIN	F	F
07	CONDOM FEMININ	G	G
08	DIU	H	H
09	IMPLANT	I	I
10	PILULE DU LENDEMAIN	J	J
11	COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES	K	K
12	CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	L	L
13	VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE)	M	M
14	STERILISATION FEMININE (LIGATURE TUBAIRE)	N	N
15	METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORHEE (MAMA)	O	O
16	INJECTABLE A BASE DE PROGESTORONE SEULE (2-3 MOIS) /SAYANA PRESS	P	P
17	AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME)	X	X
18	PAS DE METHODES	Y	Y

POUR LA OU LES MÉTHODES DE LA QUESTION 112-129, INDIQUEZ SI LES INFORMATIONS APPROPRIÉES CI-DESSOUS ONT ÉTÉ ÉVALUÉES OU DISCUTÉES.		
112	<p>VERIFIEZ Q111: SI "A", "B", "C", "D", "E" OU "P" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE.</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →</p>	114
113	PILULES OU INJECTABLES	
01	Prise (de la pilule quotidiennement ; et de l'injection chaque mois ou tous les 3 mois).	A
02	Le changement qui peut se produire avec les règles (diminution du flux, spotting).	B
03	Les effets secondaires qui peuvent se produire au début (comme la nausée, le gain de poids, et la tension mammaire).	C
04	Que faire en cas d'oubli de la pilule ou de l'injection au moment indiqué.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Doit retourner à la FOSA quand les effets secondaires apparaissent ou persistent	F
07	Aucun	Y
114	<p>VERIFIEZ Q111: SI "F" OU "G" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →</p>	116
115	CONDOMS	
01	La non utilisation si cliente allergique au latex.	A
02	Ne peut être employé qu'une seule fois.	B
03	Les types de lubrifiants qui peuvent être utilisés (hydrosoluble seulement pour le condom masculin; n'importe quel lubrifiant avec le condom féminin)	C
04	Son utilisation comme protection si la cliente craint l'échec avec l'autre méthode.	D
05	De la double protection (de la grossesse et contre les ISTs)	E
06	Aucun	Y
116	<p>VERIFIEZ Q111: SI "H" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →</p>	118
117	DISPOSITIF INTRAUTERIN/STERILET (DIU)	
01	Bon pour 12 années.	A
02	Devoir retourner à la FOSA dans 3-6 semaines suivant l'insertion ou après les premières règles.	B
03	Des effets secondaires courants qui peuvent se produire (saignement intense pendant les premiers mois suivant l'insertion, spotting, ou de légères crampes abdominales).	C
04	Devoir retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires continuent.	D
05	L'utilisatrice doit régulièrement vérifier le fil témoin après chaque menstruation.	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y

118	VERIFIEZ Q111: SI "I" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	120
119	IMPLANT	
01	Bon pour 3-5 années.	A
02	Changement qui peut se produire avec la menstruation (saignement irrégulier, spotting).	B
03	Des effets secondaires qui peuvent se produire au début (nausée, gain de poids, et tension mammaire).	C
04	Devoir retourner à la FOSA si les effets secondaires continuent.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y
120	VERIFIEZ Q111: SI "K" OU "L" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	122
121	RHYTHME ou ABSTINENCE PERIODIQUE	
01	Comment identifier la période fertile d'une femme	A
02	De ne pas avoir de rapports pendant la période fertile de la femme sans méthode alternative	B
03	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	C
04	Ne convient qu'aux femmes avec cycle menstruel normal	D
05	Aucun	Y
122	VERIFIEZ Q111: SI "O" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	124
123	MAMA	
01	D'un risque minime de grossesse peu de temps avant la reprise de la menstruation.	A
02	Doit allaiter de manière exclusive ou presque exclusive	B
03	Pas efficace après le retour des règles.	C
04	L'enfant doit avoir moins de 6 mois.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y
124	VERIFIEZ Q111: SI "M" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	126
125	VASECTOMIE	
01	La partenaire est protégée contre la grossesse après 3 mois ou après 30 éjaculations	A
02	Utilisation d'une méthode de relais pour les 3 mois suivants l'opération.	B
03	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un léger risque d'échec.	C
04	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, tension testiculaire, hématome et saignement).	D
05	Devoir retourner à la FOSA en cas de ces signes	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y

126	VERIFIEZ Q111: SI "N" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE		
	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	128
127	STERILISATION FEMININE (LIGATURE TUBAIRE)		
01	Protège contre la grossesse immédiatement		A
02	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un léger risque d'échec.		B
03	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, léger maux de tête, fièvre, saignement et absence des règles).		C
04	Devoir retourner à la FOSA en cas de ces signes		D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH		E
06	Aucun		Y
128	VERIFIEZ Q111: SI "J" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE		
	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	130
129	CONTRACEPTION D'URGENCE (PILULE DU LENDEMAIN)		
01	Prendre une autre dose si vomissement dans les deux heures suivant la prise		A
02	Retour pour un contrôle de grossesse, si les prochaines règles sont exceptionnellement légères ou ne se produisent pas dans un délai de 4 semaines		B
03	Première dose qui doit être prise dans un délai de 72 heures du rapport sexuel		C
04	Deuxième dose qui devrait être prise 12 heures après la première dose.		D
05	Pas une méthode contraceptive de routine et donc ne doit pas être répétée/prise plus de trois fois dans un mois.		E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH		F
07	Aucun		Y
ACTIONS ADDITIONNELLES DU/DE LA PRESTATAIRE			
130	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS		
01	A consulté le carnet de santé de la cliente à n'importe quel moment avant de commencer la consultation, pendant l'anamnèse ou l'examen physique.		A
02	A écrit sur le carnet de santé du/de la client(e)		B
03	A utilisé des aides visuelles pour l'éducation sanitaire ou des conseils sur les méthodes de PF.		C
04	A parlé d'une visite prochaine		D
05	Aucun		Y
CONFIRMEZ AVEC LE/LA PRESTATAIRE			
131	CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE A LA FIN DE LA CONSULTATION. VERIFIEZ LE CARNET DE SANTE DU CLIENT/DE LA CLIENTE OU LE REGISTRE SI NECESSAIRE.		
01	La cliente a-t-elle déjà eu un contact avec un prestataire de PF dans cette FOSA?	OUI1 NON2 NSP8	
02	Est ce que cette cliente a déjà été enceinte?	OUI1 NON2 NSP8	

SECTION 2: OBSERVATION CLINIQUE

201	INDIQUEZ SI UNE PROCEDURE CLINIQUE A ÉTÉ CONDUITE PENDANT CETTE VISITE.														
01	EXAMEN PELVIEN	A													
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DU DIU	B													
03	DONNEZ INJECTION	C													
04	INSERTION ET/OU RETRAIT DES IMPLANTS	D													
05	Aucun	Y													
→ 301															
202	LE PRESTATAIRE QUI FAIT L'EXAMEN CLINIQUE EST-IL CELUI QUI A FAIT LE COUNSELING?	OUI 1 NON 2	→ 206												
<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, je représente l'ESP/KINSHASA. Nous effectuons une étude dans les formations sanitaires dans le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais observer la façon dont vous procéderez avec la cliente vu que [Mme ____] est d'accord et ne voit pas d'inconvénients à ma présence. En effet, observer toutes les composantes des services qui seront fournies à [Mme ____] nous aidera à mieux comprendre comment les services de santé sont offerts,</p> <p>Toute information concernant cette consultation restera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je vous laisse seuls, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission pour être présent durant la consultation?</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">JOUR</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MOIS</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">ANNEE</td> <td></td> </tr> </table> </div> <p style="margin-top: 10px;">_____ Signature de l'enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p>						2	0	1		JOUR	MOIS	ANNEE			
		2	0	1											
JOUR	MOIS	ANNEE													
203	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ RECUE DU PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	→ 301												
204	ENREGISTREZ LA FONCTION DU PRESTATAIRE AYANT EXECUTÉ LA MAJEURE PARTIE DE L'EXAMEN CLINIQUE.	MEDECIN GENERALISTE 01 MEDECIN SPECIALISTE 02 CHIRURGIEN DENTISTE 03 TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE 04 INFIRMIER(E) 05 ACCOUCHEUSE 06 SAGE FEMME 07 TECHNICIEN DE LABORATOIRE/BIOLOGISTE MEDICAL 08 TECHNICIEN DE RADIOLOGIE 09 KINESITHERAPEUTE 10 ASSISTANT EN PHARMACIE 11 NUTRITIONNISTE 12 TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT 13 ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE 14 LICENCIÉ EN MEDECINE PHYSIQUE 15 PHARMACIEN 16 SANS QUALIFICATION /AIDE INFIRMIER .. 95 AUTRE _____ .. 96													
205	ENREGISTREZ LE SEXE DU PRESTATAIRE CONDUISANT L'EXAMEN OU LA PROCÉDURE CLINIQUE.	MASCULIN 1 FEMININ 2													

2.1. EXAMEN PELVIEN

206	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UN EXAMEN PELVIEN A ETE CONDUIT ?	OUI 1 NON 2	→ 210
AVANT L'EXAMEN			
207	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT L'EXAMEN:		
01	Assurer l'intimité visuelle de la cliente		A
02	Assurer l'intimité auditive de la cliente		B
03	Expliquer les procédures avant de commencer l'examen		C
04	Preparer les instruments avant l'examen		D
05	Se laver les mains avec de l'eau courante et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer l'examen		E
06	Porter des gants en latex avant de commencer		F
07	Aucun		Y
PENDANT L'EXAMEN			
208	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES PENDANT L'EXAMEN		
01	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau		A
02	Demander à la patiente de respirer profondément et lentement afin de relaxer les muscles		B
03	Inspecter les organes génitaux externes		C
04	Expliquer l'utilisation du speculum (s'il est utilisé)		D
05	Inspecter la muqueuse vaginale et le col cervical en utilisant le spéculum et la lumière		E
06	Exécuter un examen bimanuel de l'utérus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPANT L'ABDOMEN)		F
07	Aucun		Y
APRES L'EXAMEN			
209	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES L'EXAMEN		
01	Retirer les gants		A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants		B
03	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant		C
04	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution chlorée 0,5% immédiatement après l'examen		D
05	Aucun		Y

2.2. INSERTION/RETRAIT DU DIU

210	VERIFIEZ Q201 : UN DIU A-T-IL ÉTÉ INSÉRÉ OU RETIRÉ ?	INSERTION DU DIU A RETRAIT DU DIU B EXAMEN DU DIU C Aucun Y	→ 215
-----	--	--	-------

AVANT LA PROCEDURE

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

PENDANT LA PROCEDURE

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

APRES LA PROCEDURE

213	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	B
03	Demander à la cliente d'attendre et de se reposer 5 minutes après l'insertion du DIU	C
04	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	D
05	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution désinfectante chlorée 0,5% immédiatement après la procédure	E
06	Aucun	Y

INTERACTION CLIENTE-PRESTATAIRE

214	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	A-t-on dit à la cliente que la méthode est bonne pour 5 à 12 ans?	A
02	A-t-on conseillé à la cliente de retourner à la structure `dans 3 -6 semaines après insertion ou après les premières règles?	B
03	A-t-on instruit la cliente de vérifier régulièrement la présence du fil après chaque période des règles	C
04	A-t-on dit à la cliente qu'elle pourrait expérimenter des effets secondaires? (saignement abondant les premiers mois, saignement en goutte ou des légères douleurs abdominales)	D
05	A-t-on instruit la cliente de retourner à la FOSA si les effets secondaires persistent	E
06	A-t-on donné à la cliente une carte mentionnant la date de l'insertion et la date de la prochaine visite de suivi.	F
07	(SI RETRAIT DU DIU): A-t-on montré le DIU qui a été retiré?	G
08	Aucun	Y

2.3. LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES

215	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UNE INJECTION CONTRACEPTIVE A ÉTÉ FAITE ?	OUI 1 NON 2	→ 220
AVANT LA PROCEDURE			
216	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE		
01	(POUR NOUVELLE CLIENTE) Reconfirmer avec la cliente le choix de la méthode		A
02	(POUR NOUVELLE CLIENTE) S'assurer que la cliente n'est pas enceinte		B
03	(ANCIENNE CLIENTE) Verifier la carte de la cliente pour s'assurer de donner l'injection à la date prévue.		C
04	Assurer l'intimité visuelle de la cliente		D
05	Assurer l'intimité auditive de la cliente		E
06	Se laver les mains à l'eau courante avec du savon ou avec un désinfectant avant de commencer		F
07	Preparer l'injection dans un espace avec une table ou un plateau propre pour y placer ce dont on a besoin		G
08	Aucun		Y
PENDANT LA PROCEDURE			
216A	VERIFIEZ Q111, SI CODE D OU E ENCERCLE (DEPO) <input type="checkbox"/> CODE P ENCERCLE (SAYANA) <input type="checkbox"/> → 217A		
217	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES PENDANT LA PROCEDURE D'INJECTION		
01	(SI UTILISANT DU MATERIEL JETABLE) Utiliser une nouvelle seringue et aiguille d'un paquet sterile et scellé		A
02	Ouvrir un nouveau paquet de seringue et aiguille		B
03	Retirer l'aiguille du flacon à dose multiple chaque fois		C
04	Remuer ou agiter le contenu du flacon avant de retirer la dose		D
05	Nettoyer et secher à l'air libre le lieu de l'injection avant l'injection		E
06	Tirer le piston de la seringue en arrière avant d'injecter le produit		F
07	Permettre à la dose de se disperser toute seule au lieu de masser l'endroit de l'injection		G
08	Jeter les objets tranchants dans un recipient resistant aux aiguilles		H
09	Aucun		Y

217A	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES PENDANT LA PROCEDURE D'INJECTION DU SAYANA PRESS		
01	Ouvrir la pochette		A
02	Mélanger la solution et vérifier le dispositif		B
03	Activer le dispositif en fermant l'espace		C
04	Enlever le capuchon de l'aiguille		D
05	Pincer doucement la peau au site d'injection		E
06	Insérer l'aiguille par un angle vers le bas		F
07	Presser le réservoir		G
08	Jeter les objets tranchants dans un recipient resistant aux aiguilles		H
09	Aucun		Y
APRES PROCEDURE			
218	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE		
01	Jeter les objets tranchants dans un recipient resistant aux aiguilles (non debordant ou trous)		A
02	Dire a a cliente de ne pas masser l'endroit de l'injection		B
03	Dire a cliente quand revenir pour le prochain RDV		C
04	Aucun		Y
219	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ÉTÉ FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR FORMATION 1 FOURNIES PAR CLIENTE 2 NE SAIS PAS 8	

2.4. INSERTION/RETRAIT D'IMPLANT

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

AVANT LA PROCEDURE

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

PENDANT LA PROCEDURE

222	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES PENDANT LA PROCEDURE	
01	Nettoyer la peau à l'endroit où l'incision sera faite avec un antiseptique	A
02	Utiliser un champ stérile pour protéger l'endroit de l'incision.	B
03	Utiliser une aiguille et seringue nouvelle ou stérilisée pour l'anesthésie locale	C
04	Laisser à l'anesthésie locale du temps d'agir avant de faire l'incision	D
05	Aucun	Y

APRES LA PROCEDURE		
223	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	Jeter les objets tranchants dans un recipient resistant aux aiguilles	A
02	Essuyer les surfaces souillées avec un désinfectant.	B
03	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution désinfectante chlorée 0,5% immédiatement après la procedure	C
04	Retirer les gants	D
05	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	E
06	Expliquer les soins de l'incision et le retrait du pansement	F
07	Discuter de la visite prochaine pour retrait du pansement adhésif	G
08	Fournir à la cliente une carte mentionnant la date de l'insertion de l'implant et la date à laquelle il faudra l'enlever (après 3 à 5 ans).	H
09	Aucun	Y
INTERACTION CLIENTE-PRESTATAIRE		
224	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE	
01	Cliente instruite que l'implant est bon pour 3-5 ans (NOMBRE D'ANNEES DEPEND DU TYPE DE L'IMPLANT)	A
02	Cliente instruite à propos des changements possibles du cycle menstruel et/ou autres effets secondaires.	B
03	Cliente instruite sur d'autres effets secondaires non menstruels tels que des nausées, augmentation du poids ou tensions mammaires	C
04	Cliente instruite de retourner à la FOSA si les effets secondaires persistent	D
05	(EN CAS DE RETRAIT): Montrer à la cliente chaque capsule d'implant retiré en la rassurant que tout a été retiré.	E
06	Fournir à la cliente une carte mentionnant la date de l'insertion de l'implant et la date à laquelle il faudra l'enlever.	F
07	Aucun	Y
225	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ÉTÉ FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR SERVICE 1 FOURNIES PAR CLIENTE 2 NE SAIS PAS 8

**SECTION 3. STATUT DES CLIENTS DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE
A DEMANDER AU PRESTATAIRE APRES CONSULTATION**

APRÈS LA CONSULTATION, COMPLETEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES

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

INTERVIEW DE SORTIE DE LA CLIENTE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

RDC - EVALUATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE

INTERVIEW DE SORTIE DE LA CLIENTE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

1. Identification de la Formation Sanitaire (FOSA)

TYPE DE QUESTIONNAIRE

IS	P	F
----	---	---

NUMERO DE LA FOSA

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

--	--

CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

--	--	--

2. Information sur le Prestataire

Catégorie de Prestataire:

MEDECIN GENERALISTE	01
MEDECIN SPECIALISTE	02
CHIRURGIEN DENTISTE	03
TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE	04
INFIRMIER(E)	05
ACCOUCHEUSE	06
SAGE FEMME	07
TECHNICIEN DE LABO/BIOLOGISTE MEDICAL	08
TECHNICIEN DE RADIOLOGIE	09
KINESITHERAPEUTE	10
ASSISTANT EN PHARMACIE	11
NUTRITIONNISTE	12
TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT	13
ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE	14
LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE	15
PHARMACIEN	16
SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER	95
AUTRE	96

CATEGORIE PRESTATAIRE

--	--

SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)

SEXE DU PRESTATAIRE

--

3. Information sur l'Interview

Date:

JOUR

--	--

MOIS

--	--

ANNEE

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

Nom de l'enquêteur : _____

CODE DE L'ENQUETEUR

--	--	--	--

1. Informations sur la visite - PLANIFICATION FAMILIALE

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

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
106	Le prestataire vous a-t-il demandé aujourd'hui si vous aviez (ou avez eu) un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	
107	Aviez-vous eu (avez-vous eu) un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 110
108	Aviez-vous fait mention de ce problème au prestataire pendant la consultation?	OUI 1 NON 2	→ 110
109	Le prestataire vous a-t-il suggéré des actions que vous devriez entreprendre pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	
110	Quels étaient les résultats de cette visite -- avez-vous décidé de continuer (recommencer) la même méthode ou de changer de méthode ?	CONTINUER AVEC OU RECOMMEN. MEME. METH. . . 1 CHANGER DE METHODE..... 2 ARRETER UTILISATION (EN RAISON DE PROBLEMES) 3 ARRETER UTILISATION (PERSONNEL-PAS DE PROB.) 4	→ 201
111	Avez-vous pensé de changer de méthodes, avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 113 → 115
112	Avez-vous pensé à la méthode de planification familiale que vous alliez utiliser avant que vous ne veniez ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 115
113	Quelle était cette méthode? SI LA CLIENTE MENTIONNE LES CONDOMS EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES)..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). . . . N ALLAITEMENT (MAMA) O INJ. SAYANA PRESS (2-3M)..... P NE SAIT PAS Q AUTRE _____ X (SPECIFIER)	
114	Le prestataire vous a-t-il parlé des méthodes que vous venez de mentionner?	OUI 1 NON 2	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A	
115	De quelles (autres) méthodes de planification familiale le prestataire vous a-t-il parlé? ENCERCLEZ TOUTES LES METHODES MENTIONNEES	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES)..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). . . . N ALLAITEMENT (MAMA) O INJ. SAYANA PRESS (2-3M)..... P AUTRE _____ X (SPECIFIER)		
116	Quelle méthode de planification familiale avez-vous reçue ou pour laquelle avez-vous obtenue une prescription ou une référence ? ENCERCLEZ TOUTES LES MÉTHODES QUE LA CLIENTE A REÇUES (REC) OU POUR LESQUELLES ELLE A EU UNE PRESCRIPTION OU UNE RÉFÉRENCE (PRES). SI LA CLIENTE CONTINUE D'UTILISER UNE MÉTHODE ANTÉRIEURE ET N'A RECU NI MÉTHODE, NI PRESCRIPTION, NI RÉFÉRENCE A CETTE VISITE, ENCERCLEZ LE CODE "Y". VÉRIFIEZ LE PAQUET OU LA PRESCRIPTION POUR CONFIRMER LE TYPE DE PILLULE OU D'INJECTION [PASSEZ A 201 SI LES DEUX "Z" SONT ENCERCLES, CAD NI METHODE RECUE NI PRESCRITE] AUTREMENT CONTINUEZ A Q117	PRES PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES)..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). . . . N ALLAITEMENT (MAMA) O INJ. SAYANA PRESS (2-3M)..... P AUTRE _____ X (SPECIFIER) CONTINUE LA METHODE DE Q105 .Y PAS DE METHODE. Z	REC A B C D E F G H I J K L M N O P X Y Z ↓ 201	
117	Pendant votre consultation, le prestataire a-t-il :	OUI	NON	NSP
01	Expliqué comment utiliser la méthode?	COMMENT UTILISER 1	2	8
02	Parlé des effets secondaires possibles?	PARLE EFF. SECOND. 1	2	8
03	Dit quoi faire si vous aviez des problèmes ?	QUOI FAIRE SI PROBLEM 1	2	8
04	Dit quand revenir pour le suivi ?	DIT QUAND REVENIR 1	2	8

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
118	MARQUEZ CI-DESSOUS LA MÉTHODE ENCERCLÉE A LA QUESTION 116. PUIS, POSEZ A LA CLIENTE LA QUESTION LIÉE À CETTE MÉTHODE.		
A	PILULE (N'IMPORTE LAQUELLE)	Combien de fois pouvez-vous prendre la pilule?	UNE FOIS PAR JOUR..... 1 AUTRE 2 NSP 8
B	CONDOM (MASCULIN)	Combien de fois pouvez-vous utiliser le même condom ?	UNE FOIS 1 AUTRE 2 NSP 8
C	CONDOM (FEMININ) [ADAPTE AU PAYS, DEPEND DU TYPE DE CONDOM FEMININ DISPONIBLE]	Quel type de lubrifiant pouvez-vous employer avec le condom féminin ?	TOUTE HUILE OU LUBRIFIANT 1 AUTRE 2 NSP 8
D	DIU/STERILET	Que pouvez-vous faire pour vous assurer que votre DIU (Stérilet) est bien en place?	VERIFIER LE FIL 1 AUTRE 2 NSP 8
E	PROGESTATIFS INJECT. (EX. DEPO-PROVERA, SAYANA)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	2-3 MOIS 1 AUTRE 2 NSP 8
F	INJECTION MENSUEL (NORIGYNON)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	1 MOIS..... 1 AUTRE 2 NSP 8
G	IMPLANT	Quelle est la durée de pro- tection de votre implant contre la grossesse?	3-5 ANS 1 AUTRE 2 NSP 8
H	METHODE NATURELLE (RHYTHME/ ABSTINENCE PERIODIQUE/COLIER DU CYCLE)	Comment reconnaissez- vous les jours où vous ne devriez pas avoir de rapports sexuels ?	ELEVATION DE LA TEMPERATURE CORPORELLE A GLAIRE CERVICALE DANS LE VAGIN B JOURS 12-16 DU CYCLE MENST. ... C JOURS DES PERLES BLANCHES DU COLLIER/JOURS 8-19 DU CYCLE MENSTRUEL D AUTRE X NSP Z
I	VASECTOMIE	Combien de temps devrez- vous attendre après la vasectomie pour être sûre que vous ne pouvez plus rendre une femme enceinte?	PROTECTION IMMEDIATE. 1 1-3 MOIS 2 SEULEMENT APRES 3 MOIS OU 30 EJACULATIONS 3 NSP. 8
J	LIGATURE DES TROMPES	Combien de temps devrez- vous attendre après la ligature des trompes pour être sûre que vous ne pouvez plus tomber enceinte?	PROTECTION IMMEDIATE. 1 1-3 MOIS 2 SEULEMENT APRES 3 MOIS 3 NSP. 8
K	MAMA	Pouvez- vous utiliser cette methode si votre cycle menstruel reprend?	OUI 1 NON 2 NSP. 8
119	La [Méthode] protège-t-elle contre des infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA ? CITEZ LA METHODE COCHEE AU 116		OUI 1 NON 2 NSP. 8

2. Satisfaction de la cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A			
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services de planification familiale.</p>						
201	<p>Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation? NOUS SOMMES INTERESSES AU TEMPS D'ATTENTE DEPUIS L'HEURE D'OUVERTURE NORMALE DU SERVICE DE PF</p>	<p>MINUTES <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NSP . 998</p>				
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p>					
		PAS DE PROB- GRAND PETIT LEME NSP				
01	Le temps d'attente	1 2 3 8				
02	La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant votre méthode de PF avec le prestataire?	1 2 3 8				
03	Les explications que vous avez reçues sur les méthodes de planification familiale	1 2 3 8				
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée.	1 2 3 8				
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.	1 2 3 8				
06	La disponibilité des médicaments ou des méthodes de planification familiale dans la FOSA	1 2 3 8				
07	Les heures de service dans cette FOSA	1 2 3 8				
08	Le nombre de jours de consultation mis à votre disposition .	1 2 3 8				
09	La propreté de la FOSA	1 2 3 8				
10	La manière dont le personnel vous a traité	1 2 3 8				
11	Le coût des services ou du traitement	1 2 3 8				
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cette FOSA ou tout autre FOSA?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8				
204	Vous a-t-onfacturé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI..... 1 NON 2	→ 206			

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cet établissement aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CDF NSP 999998	
206	Est-ce que cette FOSA est la plus proche de chez vous ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à la FOSA la plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDEZ POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	HEURES DE SERVICE PAS COMMODES 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL . . 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER ANONYME 05 C'EST PLUS CHER 06 REFERENCE/TRANSFERT 07 CONVENTION 08 MAUVAISE QUALITE DES SOIN: 09 PRESTATIONS PAS DISPO. 10 AUTRE 96 NSP 98	
208	En général, laquelle des assertions suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services reçus ou fournis dans cette FOSA aujourd'hui. LIRE TOUTES LES ASSERTIONS, CHOISIR UN SEUL 01) JE SUIS TRES SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 3		
209	Pourriez-vous recommander cette FOSA à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	

3. Caractéristiques personnelles de la cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP..... 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous avez atteint?	PRIMAIRE..... 1 SECONDAIRE..... 2 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE.. 3	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE .. 1 OUI, LIRE SEULEMENT 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
	Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !		
Commentaires de l'enquêteur: 			

OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

RDC - EVALUATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE

OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

1. Identification de la Formation Sanitaire (FOSA)

TYPE DE QUESTIONNAIRE

<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> M
----------------------------	----------------------------	----------------------------

NUMERO DE LA FOSA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

2. Information sur le Prestataire

Catégorie de Prestataire:

MEDECIN GENERALISTE	01
MEDECIN SPECIALISTE	02
CHIRURGIEN DENTISTE	03
TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE	04
INFIRMIER(E)	05
ACCOUCHEUSE	06
SAGE FEMME	07
TECHNICIEN DE LABORATOIRE/BIOLOGISTE MEDICAL	08
TECHNICIEN DE RADIOLOGIE	09
KINESITHERAPEUTE	10
ASSISTANT EN PHARMACIE	11
NUTRITIONNISTE	12
TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT	13
ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE	14
LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE	15
PHARMACIEN	16
SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER	95
AUTRE	96

CATEGORIE PRESTATAIRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)

SEXE DU PRESTATAIRE

3. Information sur l'Observation

Date:

JOUR

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

MOIS

ANNEE

2	0	1	<input type="text"/>
---	---	---	----------------------

Nom de l'observateur : _____

CODE DE L'OBSERVATEUR

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
-----	-----------	-------	---------

AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DU (DE LA) CLIENT(E). ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ÊTES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ÊTES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA CONSULTATION.

	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente l'ESP/KINSHASA. Nous faisons une étude auprès des FOSAs en RDC dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec ce(tte) patient(e) afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette FOSA.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui du(de la) patient(e) ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le MINISTERE DE LA SANTE ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé. Cependant, ni votre nom ni ceux de vos patients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p>														
	<p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">JOUR</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MOIS</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">ANNÉE</td> <td></td> </tr> </table>			2	0	1		JOUR	MOIS	ANNÉE				
		2	0	1											
JOUR	MOIS	ANNÉE													

100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	→ FIN
-----	---	----------------------------	-------

	<p>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente l'ESP/KINSHASA. Nous faisons une étude sur les prestations des services de santé en RDC. Je voudrais être présent pendant que votre enfant recoit des services aujourd'hui, afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette FOSA.</p> <p>Nous ne sommes pas entrain d'évaluer le PRESTATAIRE ou la FOSA en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom, ni la date de services seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre consultation, c'est de manière complètement volontaire. Le fait que vous acceptiez ou non de participer n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>		
--	--	--	--

101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR L'ACCOMPAGNATEUR.	OUI 1 NON 2	→ FIN
-----	--	----------------------------	-------

102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		
103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI 1 NON 2	
104	INDIQUEZ LE SEXE DE L'ENFANT.	MASCULIN1 FEMININ 2	

4.1. INTERACTION ENTRE LE PRESTATAIRE ET L'ACCOMPAGNATEUR ET L'ENFANT

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

ANAMNESE DU CLIENT

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

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

EXAMEN PHYSIQUE

108	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRES SUR L'ENFANT MALADE	
01	A pris la température de l'enfant en utilisant un thermomètre	A
02	A touché l'enfant pour sentir la chaleur du corps/fièvre	B
03	A compté le rythme respiratoire	C
04	A ausculté l'enfant (écouter la poitrine avec le stéthoscope) ou a compté les pulsations	D
05	A examiné la peau pour voir s'il y a déshydratation ou non (ex. pincer la peau de l'abdomen)	E
06	A vérifié la pâleur en regardant les paumes	F
07	A vérifié la pâleur des conjonctives ou la bouche	G
08	A vérifié la bouche et la gorge	H
09	A vérifié la raideur de la nuque	I
10	A regardé dans l'oreille de l'enfant	J
11	A vérifié derrière l'oreille de l'enfant	K
12	A déshabillé l'enfant pour l'examiner (des épaules/aux chevilles)	L
13	A pressé les deux pieds pour vérifier la présence d'oedèmes	M
14	A pesé l'enfant	N
15	A rapporté le poids sur la courbe de croissance	O
16	A comparé le poids de l'enfant au poids de référence	P
17	A recherché la tuméfaction des ganglions lymphatiques dans 2 ou plusieurs des sites suivants: cou, les aisselles, l'aîne	Q
18	Aucun des examens ci-dessus	Y

AUTRES EXAMENS

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

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

CONSEILS A L'ACCOMPAGNATEUR

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

DES CONSEILS SUPPLEMENTAIRES

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

4.2. RÉFÉRENCES ET HOSPITALISATION

112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES:	
01	A recommandé que l'enfant soit hospitalisé urgemment (c.à.d. admis à l'hôpital ou référé à un autre hôpital)	A
02	A référé l'enfant à un autre prestataire au sein de la FOSA pour d'autres soins	B
03	A référé l'enfant pour un test en laboratoire au sein de la FOSA ou en dehors de la FOSA	C
04	A expliqué la raison de la référence	D
05	A donné une fiche de référence à l'accompagnateur	E
06	A expliqué où (ou chez qui) aller	F
07	A expliqué quand aller pour la référence	G
08	A donné un traitement pré-référence	H
09	Rien de ce qui est dit ci-haut	Y
113	Quel a été le résultat de la consultation? [C'est la fin de l'observation]	Traité et renvoyé chez lui. 1 Référé chez prestataire, même FOSA. . . 2 Hospitalisé, même FOSA. 3 Envoyé au labo. 4 Référé à une autre FOSA. 5

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

4.3. DIAGNOSTIC

DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE VOUS DIRE LE DIAGNOSTIC POUR L'ENFANT MALADE. SI LA DESHYDRATATION ETAIT DIAGNOSTIQUEE, DEMANDEZ SI ELLE ETAIT SEVERE, MODEREE, OU LEGERE ET NOTEZ LA REPONSE APPROPRIEE. POUR TOUT AUTRE DIAGNOSTIC, ENCERCLEZ LE DIAGNOSTIC POSE.

DIAGNOSTIC (OU SYMPTOME PRINCIPAL, SI AUCUN DIAGNOSTIC)			
201	DESHYDRATATION		
	Déshydratation sévère (Bande rose)	1	
	Déshydratation modérée/signes évidents de déshydratation (Bande jaune).	2	
	Déshydratation légère (Bande verte).	3	
	Pas de déshydratation.	4	
	Aucun des diagnostics ci-haut	5	
202	SYSTEME RESPIRATOIRE		
	Pneumonie / broncho-pneumonie	A	
	Spasme bronchique/Bronchite asthmatiforme/Asthme.	B	
	Infection respiratoire supérieure (IRS)/Infection respiratoire aiguë (IRA)	C	
	Maladie respiratoire, diagnostic incertain.	D	
	Toux, diagnostic incertain.	E	
	Aucun des diagnostics ci-haut.	Y	
203	SYSTEME DIGESTIF / INTESTINAL		
	Diarrhée aiguë	A	
	Dysenterie (diarrhées sanguinolentes)	B	
	Amibiase.	C	
	Diarrhée aiguë persistante	D	
	Autre affections digestives/ intestinales (précisez) _____	X	
	Aucun des diagnostics ci-haut.	Y	
204	PALUDISME		
	Paludisme (diagnostic clinique).	1	
	Paludisme (diagnostic par test microscopique)	2	
	Paludisme (diagnostic par test rapide)	3	
	Paludisme (diagnostic par test microscopique et par test rapide)	4	
	Aucun des diagnostics ci-haut.	5	
		→204B	
		→205	
204A	Avez-vous fait à l'enfant un prélèvement de sang pour diagnostiquer le paludisme? SI OUI, DEMANDER QUEL TEST DIAGNOSTIC A ETE REALISE.	Oui, TRD seulement ... 1 Oui, GE seulement 2 Oui, TRD et GE 3 NON 4	→205
204B	DEMANDEZ DE VOIR LE RESULTAT DU TEST. Est-ce que les résultats sont disponibles? SI CODE "2" ENCERCLE, ALLEZ VOIR LE RESULTAT AU LABORATOIRE	OUI, dans le service 1 OUI, au labo 2 NON 3	→205
204C	VERIFIEZ LE RESULTAT DU TEST.	TDR négatif 1 TDR positif 2 GE négative 3 GE positive 4 GE et TDR positif 5 GE nég et TDR posit ... 6 GE nég et TDR nég 7 GE posit et TDR nég ... 8	→205 →205
204D	INSCRIVEZ LA DENSITE PARASITAIRE	Une croix 1 Deux croix 2 Au moins trois croix 3	
205	FIEVRE/ROUGEOLE		
	Fièvre d'origine inconnue.	A	
	Rougeole sans complications	B	
	Rougeole avec complications	C	
	Fièvre typhoïde	D	
	Infection urinaire	E	
	Septicémie.	F	
	Méningite.	G	
	Aucun des diagnostics ci-haut.	Y	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
206	L'OREILLE	
	Mastoidite.	A
	Infection aiguë de l'oreille (otite aigue).	B
	Infection chronique de l'oreille (otite chronique).	C
	Autres affections de l'oreille.	X
	Aucun des diagnostics ci-haut.	Y
207	LA GORGE	
	Pharyngite/angine.	1
	Autre diagnostic pour la gorge (specifiez) _____	2
	Aucun des diagnostics ci-haut.	3
208	AUTRE DIAGNOSTIC	
	Abcès	A
	Conjonctivite bacterienne	B
	Infection de la peau	C
	Autre diagnostic (specifiez) _____	X
	Pas d'autre diagnostic.	Y

4.4. TRAITEMENT

DEMANDEZ A PROPOS DU TRAITEMENT QUI A ETE PRESCRIT OU FOURNI. INSISTEZ SI NECESSAIRE			
209	Avez-vous prescrit un traitement aujourd'hui pour cet enfant? SI OUI, ENERCLEZ TOUS LES TRAITEMENTS QUI ONT ETE PRESCRITS OU FOURNIS A L'ENFANT AUX QUESTIONS CI-APRES	OUI. 1 NON. 2	→ 215
210	TRAITEMENT GENERAL		
	01	Injection de benzathine penicilline	A
	02	Injection d'autres antibiotiques	B
	03	Autres injections	C
	04	Co-trimoxazole comprimés	D
	05	Co-trimoxazole sirop	E
	06	Amoxicilline capsules	F
	07	Amoxicilline sirop	G
	08	Autres antibiotiques comprimés/sirop	H
	09	Paracetamol	I
	10	Autres antipyrétiques	J
	11	Zinc	K
	12	Vitamines (autres que la vitamine A)	L
	13	Sirops contre la toux/autres médicaments	M
14	Aucun des traitements ci-haut	Y	
211	RESPIRATOIRE/ORL		
	01	Nebulisateur ou inhalateur	A
	02	Bronchodilatateur injectable (ex.adrenaline)	B
	03	Bronchodilatateur oral	C
	04	Oreille sechée par des tiges montées	D
05	Aucun des traitements ci-haut	Y	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
212	PALUDISME	
01	Quinine injectable	A
02	Artemether/Artesunate injectable	B
03	Autres antipaludiques injectables (Ex:artéméther)	B
03	Fansidar oral (sp)	C
04	ACT/AL oral (ex. Coartem)	D
05	Amodiaquine oral	E
06	Artemether oral	F
07	Quinine orale	G
08	Artésunate Amodiaquine oral (ex.winthrop)	H
09	Quinine + Clindamycine	I
10	Autres antipaludiques oraux	X
11	Aucun des traitements ci-haut	Y
213	DESHYDRATATION	
01	SRO à la maison (plan A)	A
02	SRO initial dans la fosa (4 heures - plan B)	B
03	Serums intraveineux (plan C)	C
04	Aucun des traitements ci-haut	Y
214	AUTRE TRAITEMENT& CONSEILS	
01	Vitamine A (peut aussi être pour la vaccination)	A
02	Consommer des aliments solides/Continuer à alimenter l'enfant malade	B
03	Prendre des liquides supplémentaires	C
04	Prendre du lait maternel	D
05	A prescrit / a donné comprimés vermifuges	E
06	Tout autre traitement _____	X
07	Aucun des traitements ci-haut	Y

DEMANDEZ AU PRESTATAIRE

215	Est-ce la première visite de [NOM] à cette FOSA pour cette maladie, ou est-ce une visite de suivi?	PREMIÈRE VISITE 1 SUIVI 2 NE SAIT PAS. 8	
216	Hormis la supplémentation en VITAMINE A, avez-vous vacciné l'enfant au cours de cette visite ou référé l'enfant pour la vaccination aujourd'hui ? SI NON: POURQUOI ?	OUI, A VACCINE ENFANT..... 1 OUI, A REFERE 2 NE MANQUE PAS DE VACCIN/ A RECU TOUS LES VACCINS 3 VACCIN NON DISPONIBLE. 4 ENFANT TROP MALADE. 5 CE N'EST PAS LE JOUR DE LA VACCINATION 6 N'A PAS VERIFIE POUR LA VACCINATION. 7	
217	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Commentaires de l'Observateur:			

INTERVIEW DE SORTIE DE L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT MALADE

RDC - EVALUATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE

INTERVIEW DE SORTIE DE L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT MALADE

1. Identification de la Formation Sanitaire (FOSA)

	TYPE DE QUESTIONNAIRE	IS	E	M
NUMERO DE LA FOSA				
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]				
CODE DE L'ENFANT MALADE (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)				

2. Information sur le Prestataire

<p>Catégorie de Prestataire:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>MEDECIN GENERALISTE.....</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>MEDECIN SPECIALISTE.....</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>CHIRURGIEN DENTISTE.....</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE.....</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>INFIRMIER(E).....</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>ACCOUCHEUSE.....</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>SAGE FEMME.....</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN DE LABO/BIOLOGISTE MEDICAL.....</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN DE RADIOLOGIE.....</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td>KINESITHERAPEUTE.....</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>ASSISTANT EN PHARMACIE.....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>NUTRITIONNISTE.....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT.....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE.....</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE.....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PHARMACIEN.....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER..</td><td style="text-align: right;">95</td></tr> <tr><td>AUTRE.....</td><td style="text-align: right;">96</td></tr> </table>	MEDECIN GENERALISTE.....	01	MEDECIN SPECIALISTE.....	02	CHIRURGIEN DENTISTE.....	03	TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE.....	04	INFIRMIER(E).....	05	ACCOUCHEUSE.....	06	SAGE FEMME.....	07	TECHNICIEN DE LABO/BIOLOGISTE MEDICAL.....	08	TECHNICIEN DE RADIOLOGIE.....	09	KINESITHERAPEUTE.....	10	ASSISTANT EN PHARMACIE.....	11	NUTRITIONNISTE.....	12	TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT.....	13	ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE.....	14	LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE.....	15	PHARMACIEN.....	16	SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER..	95	AUTRE.....	96	<p>CATEGORIE PRESTATAIRE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>
MEDECIN GENERALISTE.....	01																																				
MEDECIN SPECIALISTE.....	02																																				
CHIRURGIEN DENTISTE.....	03																																				
TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE.....	04																																				
INFIRMIER(E).....	05																																				
ACCOUCHEUSE.....	06																																				
SAGE FEMME.....	07																																				
TECHNICIEN DE LABO/BIOLOGISTE MEDICAL.....	08																																				
TECHNICIEN DE RADIOLOGIE.....	09																																				
KINESITHERAPEUTE.....	10																																				
ASSISTANT EN PHARMACIE.....	11																																				
NUTRITIONNISTE.....	12																																				
TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT.....	13																																				
ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE.....	14																																				
LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE.....	15																																				
PHARMACIEN.....	16																																				
SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER..	95																																				
AUTRE.....	96																																				
SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)	SEXE DU PRESTATAIRE..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																				

3. Information sur l'Interview

<p>Date:.....</p> <p>Nom de l'enquêteur : _____</p>	<p>JOUR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>MOIS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>ANNEE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2 0 1</div></p> <p>CODE DE L'ENQUETEUR <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>
---	---

1. Informations sur la Visite

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A														
	<p>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR: Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons le ministère de la santé et l'Ecole de Santé Publique/KINSHASA. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires. Afin d'améliorer les services qu'offre cette FOSA, nous voudrions vous poser quelques questions sur la consultation dont votre enfant a bénéficié aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette interview est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'interview à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date de consultation ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'interview, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission de continuer l'interview ?</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">JOUR</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANNEE</td> </tr> </table> </div> <p>_____ Signature de l'enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p>							2	0	1	JOUR			MOIS		ANNEE	
				2	0	1											
JOUR			MOIS		ANNEE												
100	Puis-je commencer l'interview?	CLIENT ACCEPTE 1 CLIENT REFUSE 2	→ FIN														
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>															
102	Quel est le nom de l'enfant malade?	NOM _____															

1.1. AGE DE L'ENFANT

103	En quel mois et quelle année est né [NOM]?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS MOIS..... 98 ANNEE..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ANNEE..... 9998							
104	Quel est l'âge de [NOM] en mois (révolus)?	AGE EN MOIS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS MOIS..... 98							

1.2. SIGNES ET SYMPTOMES DE LA MALADIE ACTUELLE

105	[NOM] avait-il (elle) eu de la fièvre au cours de cette maladie ou à n'importe quel moment au cours des deux jours passés?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
106	[NOM] a-t-il (elle) fait une convulsion au cours de cette maladie?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
107	[NOM] a-t-il(elle) eu une toux ou des difficultés à respirer au cours de cette maladie?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
108	[NOM] peut-il(elle) boire, manger ou teter ?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
109	[NOM] a-t-il (elle) tout vomit après avoir mangé ou tété au cours de cette maladie?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A		
110	[NOM] dort-il (elle) trop au cours de cette maladie?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8			
111	[NOM] avait-il (elle) fait des selles liquides et très abondantes au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux derniers jours?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8			
112	Pour quelle autre raison avez-vous amené [NOM] dans cette FOSA aujourd'hui? INSISTEZ : QUOI D'AUTRE ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PROBLEMES AUX OREILLES A AFFECTION DE LA PEAU B BLESSURE C PROBLEMES D'YEUX D AUTRES _____ X SPECIFIER PAS D'AUTRE RAISON Y			
113	[NOM] a-t-il(elle) déjà été(e) amené(e) dans cette FOSA avant cette maladie? SI OUI, DEMANDEZ Quand avez-vous amené [NOM] dans cette FOSA pour la dernière fois avant cette maladie?	AU COURANT DE LA SEMAINE EN COURS 0 AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE 1 AU COURS DES 2-4 SEMAINES PASSEES 2 IL Y A PLUS DE 4 SEMAINES 3 NON 4 NSP 8			
114	Depuis combien de jours la maladie pour laquelle vous avez amené [NOM] aujourd'hui a commencé? SI MOINS D'UN JOUR, METTEZ 00	NBRE JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NSP 8			

1.3. INFORMATION FOURNIE A L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT

115	Est-ce que le prestataire vous a dit de quelle maladie souffrait [NOM]?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
116	Ets-ce que le prestataire vous a dit ce que vous feriez si [NOM] ne guerit pas ou son etat s'aggrave?	RETOURNER A LA STRUCTURE 01 ALLER A UNE AUTRE STRUCTURE 02 ALLER CHEZ UN AUTRE PRESTATAIRE OU PHARMACIEN 03 ALLER CHEZ LE GUERRISSEUR TRADITIONNEL 04 RIEN, ATTENDRE SEULEMENT .. 05 ENFANT REFERE 06 ENFANT HOSPITALISE 07 ALLER A L'EGLISE 08 N'A RIEN DIT 09 NE SAIT PAS 88	
117	Le prestataire vous a-t-il parlé au sujet de signes ou symptômes que vous pouvez voir et pour lesquels vous devez immédiatement ramener l'enfant ? SI NECESSAIRE, INSISTEZ : Y a-t-il de sérieux symptômes ou signes de danger pour lesquels on vous a dit de ramener [NOM] immédiatement ? Si oui, les quels? ENCERCLEZ LE SYMPTOME ENUMERE SI L'ACCOMPAGNATEUR COMPREND QUE L'ENFANT DEVRAIT ETRE RAMENE SI LE SYMPTOME NE DISPARAIT PAS OU L'ETAT S'AGGRAVE.	FIEVRE..... A PROBLEMES RESPIRATOIRES... B DEVIENT PLUS MALADE..... C SANG DANS LES SELLES..... D VOMISSEMENT..... E FAIBLE/NE MANGE PAS..... F FAIBLE/NE BOIT PAS..... G CONVULSION H AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON, AUCUN..... Y NE SAIT PAS..... Z	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
118	Le prestataire vous a-t-il dit quelque chose sur quand ramener [NOM] de nouveau à la formation sanitaire pour le suivi ou raisons non-urgentes ? SI OUI: Pourquoi devriez-vous revenir ?	PLUS DE MEDICAMENTS..... A SI SYMPTOMES PERSISTENT OU L'ETAT S'AGGRAVE..... B RENDEZ-VOUS DE SUIVI..... C SUPPLEMENTATION EN VIT A D RESULTATS DE LABORATOIRE E ENFANT HOSPITALISE..... F VACCINATION DE ROUTINE..... G AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON..... Y NE SAIT PAS..... Z	

1.4. TRAITEMENT ET APTITUDE DE L'ACCOMPAGNATEUR A SUIVRE LES INSTRUCTIONS

119	Le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments pour [NOM] à prendre à la maison ?	OUI, A DONNE MEDICAMENTS... 1 OUI, A DONNE ORDONNANCE... 2 A DONNE MEDICAMENTS ET ORDONNANCE..... 3 NON..... 4	→ 124
120	DEMANDEZ À VOIR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR A REÇUS ET TOUT CE QUI EST SIMPLEMENT PRESCRIT SUR LES ORDONNANCES ET NON ACQUIS. ENCERCLEZ LA RÉPONSE DÉCRIVANT LES MÉDICAMENTS ET PRESCRIPTIONS QUE VOUS VOYEZ.	A LES MEDICAMENTS..... 1 A CERTAIN. MEDS, CERTAINES PRESCRIP. NON ACQUISES.... 2 AUCUN MÉDICAMENT VU, DES PRESCRIP. SEULEMENT..... 3	
121	Est-ce que le prestataire dans la formation sanitaire vous a expliqué comment donner ces médicaments à [NOM] à la maison ? SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE A LA FIN DE L'INTERVIEW	OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER 8	
122	Est-ce que vous êtes sûr de la façon d'administrer ces médicaments ; en d'autres termes, combien vous allez donner à [NOM] de chacun de ces médicaments par jour ? SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE A LA FIN DE L'INTERVIEW	OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER 8	
123	Est-ce qu'une dose de l'un de ces médicaments a déjà été donnée à [NOM] ici même au service ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER 8	
124	Est-ce que [NOM] a reçu une injection aujourd'hui, ici même, pour traiter la maladie ? SI NON, VERIFIEZ LES PRESCRIPTIONS ET ENREGISTREZ S'IL Y A UNE PRESCRIPTION POUR UNE INJECTION.	OUI, RECU INJECTION..... 1 OUI, RECU PRESCRIPTION POUR INJECTION..... 2 NON..... 3 NE PEUT PAS SE RAPPELER 8	
125	Est-ce que quelqu'un de la formation sanitaire a pesé [NOM] aujourd'hui ?	OUI..... 1 NON..... 2	
126	Est-ce que le prestataire vous a parlé aujourd'hui au sujet du poids de [NOM] et comment [NOM] se développe ?	OUI..... 1 NON..... 2	
127	Est-ce qu'un prestataire vous a interrogé aujourd'hui au sujet des types de nourritures et des quantités que vous donnez normalement à [NOM] quand il n'est pas malade ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER.. 8	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
128	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit à propos des aliments solides à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 5 NE SE RAPPELLE PAS/NSP 8	
129	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit à propos des liquides (ou du lait maternel, si l'enfant est allaité) à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 5 NE SE RAPPELLE PAS/NSP 8	
130	Est-ce qu'un vaccin a été donné à [Nom] aujourd'hui? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR LA CARTE DE VACCINATION DE L'ENFANT. INDIQUEZ SI LA CARTE PROUVE QUE L'ENFANT A ÉTÉ VACCINÉ AUJOURD'HUI	OUI..... 1 RAPPORTE, PAS VU 2 NON..... 3 NE SAIT PAS 4	

1.5. REFERENCE

131	Est-ce que le prestataire vous a dit d'amener [NOM] chez un autre prestataire ou au laboratoire dans cette FOSA pour faire un prelevement de sang pour des tests de laboratoire?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134	
132	Avez-vous amener [NOM] chez l'autre prestataire ou au laboratoire?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134	
133	Vous a -t-on donne le resultat du test qui a ete fait?	OUI..... 1 NON..... 2		
134	Est-ce que le prestataire vous a dit d'aller à une autre formation sanitaire, chez un autre prestataire, pour un test de laboratoire ou pour davantage de soins pour votre enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 136	
135		OUI	NON	NSP
01	Est-ce qu'on vous a donné un document ou une note pour cette référence ?	1	2	8
02	Est-ce qu'on vous a dit où aller pour la référence ?	1	2	8
03	Est-ce qu'on vous a dit qui voir pour la référence ?	1	2	8
04	Est-ce qu'on vous a dit pourquoi vous a-t-on référé?	1	2	8
136	Avez-vous amené [Nom] chez un autre agent de santé, un guérisseur traditionnel ou une autre personne avant de venir ici ? SI OUI, DEMANDEZ A qui et où l'avez-vous amené? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE.	OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS CETTE STRUCTURE A OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS UNE AUTRE STRUCTURE..... B OUI, GUERISSEUR TRADITIO..... C OUI, EGLISE/PASTEUR D AUTRE E NON..... Y		

2. Satisfaction de l'accompagnateur de l'enfant

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services des soins pour enfant malade.</p>																			
201	<p>Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?</p> <p>NOUS SOMMES INTERESSES AU TEMPS D'ATTENTE DEPUIS L'HEURE D'OUVERTURE NORMALE DU SERVICE</p>	<p>MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NSP 998</p>																	
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les patients rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p>																		
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4"></th> <th colspan="4" style="text-align: center;">PAS DE PROB- LEME NSP</th> </tr> <tr> <th colspan="4"></th> <th style="text-align: center;">GRAND</th> <th style="text-align: center;">PETIT</th> <th style="text-align: center;">LEME</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> </table>						PAS DE PROB- LEME NSP								GRAND	PETIT	LEME	NSP
				PAS DE PROB- LEME NSP															
				GRAND	PETIT	LEME	NSP												
01	Le temps d'attente	1	2	3	8														
02	La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant la maladie de [Nom] avec le prestataire	1	2	3	8														
03	Les explications que vous avez reçues sur la maladie ou traitement.	1	2	3	8														
04	L'intimité par rapport à d'autres qui voient [Nom] en train d'être examiné.	1	2	3	8														
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation de [Nom].	1	2	3	8														
06	La disponibilité des médicaments dans la FOSA	1	2	3	8														
07	Les heures de service dans cette FOSA	1	2	3	8														
08	Le nombre de jours de services mis à votre disposition .	1	2	3	8														
09	La propreté de la FOSA	1	2	3	8														
10	Comment le personnel vous a traité	1	2	3	8														
11	Le coût des services ou du traitement	1	2	3	8														
203	<p>Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paie pour vous en partie ou en totalité des services que vous recevez dans cette FOSA ou tout autre FOSA?</p>	<p>OUI. 1 NON 2 NSP. 8</p>																	
204	<p>Vous a-t-on facturé, ou avez-vous payé quelque chose pour les services reçus aujourd'hui ?</p>	<p>OUI. 1 NON 2</p>	→	206															

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cette FOSA aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CDF NSP 999998	
206	Est-ce que c'est la FOSA la plus proche de chez vous ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allé à la FOSA la plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDER POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	LES HEURES DE SERVICE PAS COMMODES 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL ... 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER DANS L'ANONYMAT 05 C'EST PLUS CHER 06 A ETE REFERE/TRANSFERE ... 07 CONVENTION 08 MAUVAISE QUALITE DES SOINS 09 PRESTATIONS PAS DISPO. 10 AUTRE..... 96 NSP 98	
208	En general, laquelle des assertions suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services reçus ou fournis dans cette FOSA aujourd'hui. LIRE TOUTES LES ASSERTIONS, CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 3		
209	Pourriez-vous recommander cette FOSA à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	

3. Caractéristiques personnelles de l'accompagnateur

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.			
301	Quel est votre lien de parenté avec [NOM]?	MERE 1 PERE 2 FRERE/SŒUR..... 3 TANTE OU ONCLE..... 4 AUTRE 6 _____ (SPECIFIER)	
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP. 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE .. 3	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE ... 1 OUI, LIRE SEULEMENT 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !			
Commentaires de l'enquêteur: 			

LISTE DES PRESTATAIRES

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

CODE DE LA FOSA

CODE ENQUETEUR

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

NUMERO DE SERIE PRESTAT.	SEXE	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIALS	CODE ET QUALIFICAT° PRESTATAIR	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE										INTERVIEWE							
				PRESCRIT TAR	VIH COUNSELING ET TEST DU VIH	DIAGNOSTIC/TRAITEMENT				CPN	PTME TCV	ACCOCHEMENT	PLANING FAMILIAL	SANTE INFANTILE	CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	SELECTIONNE	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE	OUI inventaire	OUI individuel
				RELATIF AU VIH/SIDA	PALUDISME	TB	IST	MALADIES NON TRANSMISSIBLES													
46																					
47																					
48																					
49																					
50																					
51																					
52																					
53																					
54																					
55																					
56																					
57																					
58																					
59																					
60																					

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| 01 MEDECIN GENERALISTE | 06 ACCOCHEUSE | 11 ASSISTANT EN PHARMACIE | 16 PHARMACIEN |
| 02 MEDECIN SPECIALISTE | 07 SAGE FEMME | 12 NUTRITIONNISTE | 95 SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE INFIRMIER |
| 03 CHIRURGIEN DENTISTE | 08 TECHNICIEN DE LABO/BIOLOGISTE MED | 13 TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT | 96 AUTRE |
| 04 TECHNICIEN BUCCO-DENTAIRE | 09 TECHNICIEN DE RADIOLOGIE | 14 ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE | |
| 05 INFRMIERE | 10 KINESITHEPEUTE | 15 LICENCE EN MEDECINE PHYSIQUE | |

Liste d'échantillonnage pour l'observation de la cliente pour les soins prénatals

Date

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

--	--	--	--	--	--	--

JOUR MOIS ANNEE NUMERO FOSA

NOMBRE TOTAL DE GESTANTES EN CPN RECUES PAR LA FOSA LE JOUR DE LA VISITE

--	--	--

N°	NOM / INITIALS	PREMIERE VISITE	VISITE DE SUIVI
101			
102			
103			
104			
105			
106			
107			
108			
109			
110			
111			
112			
113			
114			
115			
116			
117			
118			
119			
120			
121			
122			
123			
124			
125			

Liste d'échantillonnage pour l'observation de la cliente pour les soins prénatals

Date

				2	0	1	
JOUR		MOIS		ANNEE			

NUMERO FOSA							

N°	NOM / INITIALS	PREMIERE VISITE	VISITE DE SUIVI
126			
127			
128			
129			
130			
131			
132			
133			
134			
135			
136			
137			
138			
139			
140			
141			
142			
143			
144			
145			
146			
147			
148			
149			
150			

Liste d'échantillonnage pour l'observation de la cliente pour les soins prénatals

Date

				2	0	1	
JOUR		MOIS		ANNEE			

NUMERO FOSA							

N°	NOM / INITIALS	PREMIERE VISITE	VISITE DE SUIVI
151			
152			
153			
154			
155			
156			
157			
158			
159			
160			
161			
162			
163			
164			
165			
166			
167			
168			
169			
170			
171			
172			
173			
174			
175			

Liste d'échantillonnage pour l'observation du client de la Planification Familiale

Date

				2	0	1	
JOUR		MOIS		ANNEE			

NUMERO FOSA						

NOMBRE TOTAL DE VISITES EN PF RECUES PAR LA FOSA LE JOUR DE LA VISITE

--	--	--

N°	NOM / INITIALS	PREMIERE VISITE	VISITE DE SUIVI
201			
202			
203			
204			
205			
206			
207			
208			
209			
210			
211			
212			
213			
214			
215			
216			
217			
218			
219			
220			
221			
222			
223			
224			
225			

Liste d'échantillonnage pour l'observation du client de la Planification Familiale

Date

				2	0	1	
MOIS		JOUR		ANNEE			

NUMERO FOSA							

N°	NOM / INITIALS	PREMIERE VISITE	VISITE DE SUIVI
226			
227			
228			
229			
230			
231			
232			
233			
234			
235			
236			
237			
238			
239			
240			
241			
242			
243			
244			
245			
246			
247			
248			
249			
250			

Liste d'échantillonnage pour l'observation du client de la Planification Familiale

Date

				2	0	1	
MOIS		JOUR		ANNEE			

NUMERO FOSA							

N°	NOM / INITIALS	PREMIERE VISITE	VISITE DE SUIVI
251			
252			
253			
254			
255			
256			
257			
258			
259			
260			
261			
262			
263			
264			
265			
266			
267			
268			
269			
270			
271			
272			
273			
274			
275			

Liste d'échantillonnage pour l'observation de l'enfant malade

Date

				2	0	1	
JOUR		MOIS		ANNEE			

NUMERO FOSA							

NOMBRE TOTAL DE VISITES ENFANT MALADES RECUES PAR LA FOSA

--	--	--

LE JOUR DE LA VISITE

N°	NOM / INITIALS DE L'ENFANT MALADE	AGE EN MOIS
301		
302		
303		
304		
305		
306		
307		
308		
309		
310		
311		
312		
313		
314		
315		
316		
317		
318		
319		
320		
321		
322		
323		
324		
325		

Liste d'échantillonnage pour l'observation de l'enfant malade

Date

		2	0	1							
JOUR	MOIS	ANNEE				NUMERO FOSA					

N°	NOM / INITIALS DE L'ENFANT MALADE	AGE EN MOIS
326		
327		
328		
329		
330		
331		
332		
333		
334		
335		
336		
337		
338		
339		
340		
341		
342		
343		
344		
345		
346		
347		
348		
349		
350		

Liste d'échantillonnage pour l'observation de l'enfant malade

Date

				2	0	1	
JOUR		MOIS		ANNEE			

NUMERO FOSA							

N°	NOM / INITIALS DE L'ENFANT MALADE	AGE EN MOIS
351		
352		
353		
354		
355		
356		
357		
358		
359		
360		
361		
362		
363		
364		
365		
366		
367		
368		
369		
370		
371		
372		
373		
374		
375		