

MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

DRAFT DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INVENTAIRE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTÉ

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

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR □ □
				MOIS □ □
				ANNEE □ □ □ □
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUÊTEUR □ □ □ □
RESULTAT	_____	_____	_____	RESULTAT □ □ □ □

CODES RESULTAT (VISITE FINALE):

- 1 -REPLI POUR LA STRUCTURE
- 2 -REONDANT NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE
- 3 -DIFFERE/PARTIELLEMENT REPLI
- 4 -REFUS DE LA STRUCTURE
- 5 -FERME/ PAS ENCORE OPERATIONEL
- 6 -AUTRE _____

(SPECIFIER)

NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES.	□ □	# TOTAL DES VISITES CLIEU	□ □ □ □
NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN CPN.	□ □		□ □ □ □
NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS CONSULTATIONS ENFANTS MALADES.	□ □		□ □ □ □

COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

POSITIONNER LE GPS

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

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

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "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: 30px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
013 LONGITUDE	E/O a DEGREES/DECIM b <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

CONSENTEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

				2	0	2
JOUR			MOIS		ANNEE	

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR/TRICE INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

100	Puis-je commencer l'interview?	OUI 1 NON 2	→ ARRET										
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="font-size: 12px;">:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">HEURES</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">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 SUR LES AC REALISEES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. EXPLIQUEZ AUSSI QUE VOUS AUREZ BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE CE REUNIONS ET ACTIVITES ET QU'IL SERA IMPORTANT DE CONSULTER TOUS LES RAPPORTS DES REUNIONS ET DES ACTIVITES. SOLLICITEZ CE RAPPORTS S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE SUR LE LIEU DE L'INTERVIEW.

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

ATTENTION!!!!

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

SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI1 NON 2	→ 112
111	Est-ce que cette structure dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI1 NON 2	→ 200
112	De combien de lits dispose au total cette structure pour l'observation ou pour l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	# DE LITS D'OBSERVATION/ D'HOSPITALISATION NSP998	<input type="text"/>

SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

TECHNIQUE DE STERILISATION

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

STOCKAGES DES MEDICAMENTS

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

MODULE 2: DISPONIBILITE DU SERVICE GENERAL

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

DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24

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

COMMUNICATION

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

SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

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

APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

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

SUPERVISION EXTERNE

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

FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement des frais médicaux pour accéder aux services?	OUI 1 NON 2	→ 370
361	Est-ce que la structure a établi un tarif fixe qui couvre toutes les prestations qu'un patient reçoit, ou est-ce qu'il y a des tarifs séparés pour les différents éléments des services fournis par la structure? SONDER.	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SERVICES 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE ÉLÉMENT 2	→ 363
362	Est-ce que la structure a établi des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE À HAUTE VOIX CHAQUE CATÉGORIE DE RÉPONSE ET ENCERCLER LA RÉPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI NON	
01	CARNET DE SANTÉ	1 2	
02	INSCRIPTION/ LISTE D'ENREGISTREMENT	1 2	
03	CONSULTATION	1 2	
04	MÉDICAMENTS	1 2	
05	VACCINS	1 2	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS	1 2	
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX	1 2	
08	SERINGUES ET AIGUILLES	1 2	
09	CESARIENNE	1 2	
10	TEST DÉPISTAGE VIH	1 2	
11	TEST DE DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1 2	
12	MICROSCOPIE POUR LE PALUDISME	1 2	
13	AUTRES TESTS DE LABORATOIRE	1 2	
14	ARV POUR TRAITEMENT	1 2	
15	ARV POUR PTME	1 2	
16	PROCÉDURES DE PETITE CHIRURGIE	1 2	
17	ACT	1 2	
363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI 1 NON 2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés?	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHÉS 1 OBSERVE, CERTAINS, PAS TOUS LES TARIFS 2	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette structure? ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA RÉPONSE APPROPRIÉE.	EXEMPTION/REDUCTION, GRATUIT. A EXEMPTION/REDUCTION, PAIEMENT DIFFÉRÉ. B SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER C PAIEMENT EN NATURE. D AUTRE X SPECIFIER	

SOURCES DE FINANCEMENT

370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la structure a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 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 RÉPONSE.	MINISTÈRE DE LA SANTÉ A AUTRES MINISTÈRES. B RÉGIME DE PROTECTION MÉDICALE (ASSURANCE) C FONDS DE SECURITY SOCIALE D REMBOURSEMENT PAR L'EMPLOYEUR E ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR P/F ORGANISME DONATEUR/ONG G CONFESSIONNEL H PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES. I AUTRE X SPECIFIER	
-----	---	---	--

POLITIQUE DE GRATUITE

371	Est-ce que la structure a mis en œuvre les politiques de gratuite suivantes?	OUI NON	
01	CMU (gratuite prise en charge des enfants de moins de 5 ans)	1 2	
02	PLAN SESAME	1 2	
03	GRATUITE DES MÉDICAMENTS ACT	1 2	

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

LES PERSONNELS

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

21	TECHNICIEN DE LABORATOIRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
22	TRAVAILLEURS SOCIAUX	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
23	ASSISTANTS SOCIAUX	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
24	AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIERS, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE-SOIGNANT, DEPOSITAIRE)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
25	AUTRE	<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 A BESOIN DE VERIFIER LES PROCES VERBAUX DES REUNIONS.
IL SERA ALORS UTILE SI LES RAPPORTS SONT RASSEMBLES AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

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

OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

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

ASSURANCE QUALITE

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

440	Est-ce que cette structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	→450
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI..... 1 NON..... 2	→450
442	Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité? 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.	OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU.....2	

TRANSPORT DES URGENCES

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

SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

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

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

STATISTIQUES SANITAIRES

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

470	VERIFIEZ Q110 FOURNITURE DE 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 NSP. 9998	
472	Combien de consultations ont été effectuées en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants?	# DE CONSULTATIONS NSP. 9998	
REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.			

SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

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

500	VERIFIEZ Q201	EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS SONT STERILISES DANS CETTE STRUCTURE?	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 CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA STRUCTURE ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous UTILISEZ [METHODE] dans la structure ?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"

METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP
01 AUTOCLAVE ELECTRIQUE (PRESSION ET VAPEUR)	1 → b	2 → b	3 2	1	2	8
02 AUTOCLAVE NON ELECTRIQUE (PRESSION & VAPEUR) AJOUTER A CHALEUR SECHE	1 → b	2 → b	3 3	1	2	8
03 STERILISATEUR A VAPEUR	1 → b	2 → b	3 3A	1	2	8
03A STERILISATION A CHALEUR SECHE (POUPINEL)	1 → b	2 → b	3 4	1	2	8
04 BOULLOIRE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR/POISSONNIERE (PAS A PRESSION)	1 → b	2 → b	3 5	1	2	8
05 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR (POISSONNIERE)	1 → b	2 → b	3 6			
06 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 7	1	2	8
07 MINUTERIE AUTOMATIQUE (ELLE PEUT ETRE SUR L'APPAREIL)	1 → b	2 → b	3 8	1	2	8
08 BANDETTES INDIQUANT QUE LE PROCESSUS EST COMPLET	1 → b	2 → b	3 9			
09 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3			

502 VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA STRUCTURE, DEMANDER AU REpondANT ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, LA PRESSION RECOMMANDEE, ETC.

	(1) AUTOCLAVE (vapeur avec pression)	(2) STERILISATION SECHE	(3) EBULLITION	(4) DESINFECTION A HAUT NIVEAU PAR VAPEUR	(5) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE
A Méthode	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 AUTOMATIQUE : 666 NSP : 998	TEMPERATURE AUTOMATIQUE : 666 NSP : 998			
C Pression	PRESS-ION AUTOMATIQUE : 666 → 1E NSP : 998 → 1E				
D Unités de pression	UNITES DE PRESSION: BAR : 1 NSP : 8				
E Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES AUTOMATIQUE : 666 PAS UTILISÉ : 995 NSP : 998	MINUTES AUTOMATIQUE : 666 NSP : 998	MINUTES NSP : 998	MINUTES NSP : 998	MINUTES NSP : 998
F Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave?	MINUTES ENVELOPPEES AUTOMATIQUE : 666 PAS UTILISÉ : 995 NSP : 998				
G Désinfectant chimique utilisé					CHLORE/EAU DE JAV01 FORMALDEHYDE : 02 GLUTERALDEHYDE : 03 NSP : 98

503	Est-ce cette structure dispose des directives sur la sterilisation finale des équipements?	OUI : 1 NON : 2 → SECTION SUIVANT
-----	--	--------------------------------------

504	Puis je voir les directives sur la sterilisation finale des équipements? LES DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.	OBSERVEES : 1 RAPPORTEES, PAS VUES : 2
-----	--	---

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

SECTION 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

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

600	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des matériels tranchants, tels que les aiguilles ou les lames.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies de déchets d'objets tranchants) ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 09, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>COMBUSTION DANS INCINERATEUR : FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT.03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION.04 DANS TROU OU SOL PROTEGE.05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION.06 DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. .07 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION.08 SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE09</p> <p>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT.10 STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE.11 STOCKAGE NON PROTEGE12</p> <p>AUTRE 96 (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS.05</p>	
601	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets pour les déchets autres que les déchets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 09, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS.01</p> <p>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR: FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT.03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 06 DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. .07 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. 08 SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE 09</p> <p>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT.10 STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE. 11 STOCKAGE NON PROTEGE. 12</p> <p>AUTRE 96 (SPECIFIER)</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 STRUCTURE (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (CODE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	604
603	<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS TRANCHANTS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE LA STRUCTURE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES.1 DECHETS VISIBLES MAIS ENDROIT PROTEGE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p>	
604	<p>VERIFIEZ Q601. ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (CODE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	606
605	<p>DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS MEDICAUX SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE LA STRUCTURE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES.1 DECHETS VISIBLES MAIS ENDROIT PROTEGE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p>	

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

TOILETTE DES PATIENTS

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

SECTION 7: MATERIELS DE BASE- SALLE DE CONSULTATION- SALLE D'ATTENTE

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

MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

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

21	KITS DE PERFUSION - POUR ENFANT	1	2	3	
22	GANTS	1	2	3	
23	MARTEAU A REFLEXE	1	2	3	
24	ASPIRATEUR	1	2	3	
25	TABLE DE CONSULTATION	1	2	3	

SALLE DE CONSULTATION

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

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

LIEU D'ATTENTE

720	Est-ce qu'il y a un endroit d'attente pour les patients où ils <u>sont protégés contre le soleil et la pluie?</u> DEMANDEZ A VOIR LE LIEU D'ATTENTE. QUI DOIT ETRE LE LIEU D'ATTENTE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE	OUI 1 NON 2	
REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.			

SECTION 8: DIAGNOSTIC

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

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

HEMATOLOGIE

801	Est-ce qu'on fait des test d'anémie ici-même dans la structure?		OUI1	NON2	→ 803	
802	Veuillez SVP me dire si: 1) Chacun des équipements pour le test d'anémie est utilisé dans la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	(a)	(b)			(c)
		UTILISÉ	EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?			Est-ce que le materiel est fonctionnel?
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	Analyseur d'hématologie (pour comptage lymphocytaire total, la formule sanguine complète, comptage plaquettaire, etc.)	1* b 2 02↙	1 → c	2 → c	3 02↙	1 2 8
02	HemoCues	1* b 2 02A↙	1 → c	2 → c	3 02A↙	1 2 8
02A	Test d' Emmel (pour drepanocytose)	1* b 2 02B↙	1 → c	2 → c	3 02B↙	1 2 8
02B	Appareil d'electrophorese (pour l'electrophorese d'hemoglobine)	1* b 2 04↙	1 → c	2 → c	3 04↙	1 2 8
03	Microcuvettes (avec une date d'expiration valide)		1	2	3	
04	Colorimètre ou hemoglobinomètre	1* b 2 07↙	1 → c	2 → c	3 07↙	1 2 8
05	Solution de Drabkin (pour colorimètre et hémoglobinomètre)		1	2	3	
06	Pipette (pour mesurer le volume du sang)	1* b 2 07↙	1	2	3	
07	Papier litmus pour test d'hémoglobine (avec date d'expiration valide)	1* b 2 803↙	1	2	3	
803	Est-ce qu'on fait le comptage des CD4 dans cette structure?		OUI	NON	1 2	→ 806
804	Puis-je voir l'equipement ou la machine pour le test CD4 ?		OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU			1 2
805	Est-ce que l'équipement pour le test CD4 est fonctionnel		OUI	NON	1 2	

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

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

PRECAUTIONS DE BASE

VISITER L'ENDROIT OÙ ON FAIT LE DEPISTAGE DU VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE FOR ITEMS THAT YOU DO NOT SEE, ASK YOUR RESPONDENT TO SHOW THEM TO YOU.				
	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

BIOCHIMIE

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

PARASITOLOGIE/BACTERIOLOGIE

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

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

SYPHILIS

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

CHLAMYDIA

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

SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

900	VERIFIEZ Q210 EXISTENCE DE STOCKS DE MEDICAMENTS DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE STOCKS DE MEDICAMENTS <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←
-----	--	--

SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

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

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

ANTIBIOTIQUES+ANTISEPTIQUES

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

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

MEDICAMENTS CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

903	Est-ce que les médicaments suivants, destinés à la prise en charge des maladies non transmissibles sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	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	GLIBENCLAMIDE (Traitement oral pour les deux types de diabète)	1	2	3	4	5
15	GLUCOSE SOLUTION INJECTABLE	1	2	3	4	5
16	HEPARINE INJECTION	1	2	3	4	5
17	HYDROCORTISONE	1	2	3	4	5
18	INSULINE INJECTIONS [DIABETE]	1	2	3	4	5
19	ISOSORBIDE DINITRATE	1	2	3	4	5
20	METFORMINE COMPRIMES	1	2	3	4	5
21	NIFEDIPINE COMPRIMES/CAPSULES (CCB pour hypertension)	1	2	3	4	5
22	OMEPRAZOLE (Reflux gastro-oesophagien)	1	2	3	4	5
23	PREDNISOLONE	1	2	3	4	5
24	SALBUTAMOL INHALATEUR (Bronchospasme/Asthme chronique)	1	2	3	4	5
25	SIMVASTATINE (Cholestérol élevé)	1	2	3	4	5
*26	ASPIRINE COMPRIMES/ ASPEGIC SACHET NOURRISSON	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTI-FONGIQUES

904	Est-ce que les médicaments anti-fongiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER 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	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	FLUCONAZOLE					
02	MICONAZOLE (Ovules vaginales)	1	2	3	4	5
03	MICONAZOLE CREME	1	2	3	4	5
04	NYSTATINE (suspension orale)	1	2	3	4	5
05	NYSTATINE OVULE VAGINALE/CREME	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

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

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

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

SOLUTES INTRAVEINEUX

907	Est-ce que les liquides intraveineux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? 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	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	SALINE NORMALE/ SOLUTION INJECTABLE SODIUM CHLORIDE	1	2	3	4	5
02	SOLUTION DE RINGER LACTATE	1	2	3	4	5
03	5% DEXTROSE - SALINE NORMALE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

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

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

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

MATERIELS

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

SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	VERIFIEZ Q212 PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE (REPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE												
921	Est-ce que les PRODUITS CONTRACEPTIFS suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</td> <td style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</td> <td style="text-align: center;">RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</td> <td style="text-align: center;">NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</td> <td style="text-align: center;">JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</td> </tr> </table>		(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ				AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ											
	AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE									
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1 2 3 4 5												
02	PILULES PROGESTATIVES	1 2 3 4 5												
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1 2 3 4 5												
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS INTAMUSCULAIRE OU SOUS CUTANÉ	1 2 3 4 5												
05	CONDOMS MASCULINS	1 2 3 4 5												
06	CONDOMS FÉMININS	1 2 3 4 5												
07	DISPOSITIF INTRA UTERIN (DIU)	1 2 3 4 5												
08	IMPLANT à deux capsules(jabelle) ou à une capsule(implanon)	1 2 3 4 5												
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE	1 2 3 4 5												
10	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE)	1 2 3 4 5												

CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

922	OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDICHER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT AU-DESSUS DU SOL (ETAGERE, PALLETTE)?	1	2
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?	1	2
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?	1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. 2 NON. 3	
924	Quel est le système mis en place dans cette structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui?	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEM 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QUO2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES..... 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES..... 4 DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉAUTRE SYSTÈME 6 (SPECIFIER)	
925	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT.		L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE PF REMERCEZ 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 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>	ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (RESPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←										
931	Est-ce que les antituberculeux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th style="text-align: center;">NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th style="text-align: center;">JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ										
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE								
01	ETHAMBUTOL COMPRIMES	1	2	3	4	5						
02	ISONIAZIDE COMPRIMES	1	2	3	4	5						
03	PYRAZINAMIDE	1	2	3	4	5						
04	RIFAMPICINE	1	2	3	4	5						
05	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE	1	2	3	4	5						
06	ISONIAZIDE + ETHAMBUTOL (EH) (2FDC)	1	2	3	4	5						
07	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE (RHZ) (3FDC)	1	2	3	4	5						
08	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + ETHAMBUTOL (RHE) (3FDC)	1	2	3	4	5						
09	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE + ETHAMBUTOL (4FDC)	1	2	3	4	5						
10	STREPTOMYCINE INJECTABLE	1	2	3	4	5						

CONDITIONS DE STOCKAGE DES ANTITUBERCULEUX

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

SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

940	VERIFIEZ Q216 ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPOSNE 1 OU 3 ENCERCLÉ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE																																																				
941	Est-ce que les ARV suivants, destinés au traitement de première ligne pour les adultes sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th>AU MOINS UN VALIDE</th> <th>DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th>RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th>NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th>JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	01	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												
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ																																																				
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE																																																		
01	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																																																	
942	Est-ce que les ARV suivants, destinés au traitement de première ligne pour les enfants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th>AU MOINS UN VALIDE</th> <th>DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th>RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th>NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th>JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>07</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	01	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	06	1	2	3	4	5	07	1	2	3	4	5
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ																																																				
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE																																																		
01	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																																																	
06	1	2	3	4	5																																																	
07	1	2	3	4	5																																																	
943	Est-ce que les ARV suivants, destinés au traitement de deuxième ligne pour adultes sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th>AU MOINS UN VALIDE</th> <th>DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th>RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th>NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th>JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	01	1	2	3	4	5																																				
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ																																																				
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE																																																		
01	1	2	3	4	5																																																	

02	ABACAVIR+LAMIVUDINE(600/300)CP	1	2	3	4	5
03	ATAZANAVIR+RITONAVIR(300/100)CP	1	2	3	4	5
04	ZIDOVUDINE+LAMIVUDINE(300/150) CP	1	2	3	4	5
05	TENOFOVIR+LAMIVUDINE(300/300) OU TENOFOVIR+EMTRICITABINE(300/200) CP	1	2	3	4	5
944	Est-ce que les les ARV suivants, du type Inhibiteur de Fusion ou ARV Combinés sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ENFUVIRDITE (T-20)	1	2	3	4	5
02	STAVUDINE + LAMIVUDINE [D4T + 3TC]	1	2	3	4	5
03	STAVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [D4T + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
04	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE [AZT + 3TC]	1	2	3	4	5
05	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + ABACAVIR [AZT + 3TC + ABC]	1	2	3	4	5
06	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [AZT + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
07	TENOFOVIR + EMTRICITABINE [TDF + FTC]	1	2	3	4	5
08	TENOFOVIR + LAMIVUDINE [TDF + 3TC]	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR + LAMIVUDINE + EFAVIRENZ [TDF + 3TC + EFV]	1	2	3	4	5
10	TENOFOVIR + EMTRICITABINE + EFAVIRENZ [TDF + FTC + EFV]	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE DES ARV

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

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS

1000	VERIFIEZ Q102.01 SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS <input type="checkbox"/>			
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DAN LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre structure, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.				
	SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (UTILISER LE MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	(a) # DE JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE		
01	Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
02	Vaccination Polio	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
03	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
*4	Vaccination Fievre Jaune	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
*5	Vaccin Polio Inactive (VPI INJECTABLE)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
*6	Vaccination au ROTAVIRUS	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
*7	Vaccination a l'hepatite B	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
*8	Vaccination au Pneumococque (PCV 13)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
*9	Vaccination Rougeole+Rubeole	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
1002	Est-ce que les directives nationales en matières de vaccination infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2	→ 1004	
1003	Puis-je voir les directives nationales en matières de vaccination infantiles?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES.	1 2	→ 1006	
1004	Y a-t-il d'autres types de normes en matière de vaccination infantile qui sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2	→ 1006	
1005	Puis-je voir ces autres directives?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES.	1 2		
1006	DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOIR LES ELEMENTS NECESSAIRES POUR LES SERVICES DE VACCINATION	OBSERVÉ PAS VU	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	Cartes ou carnets individuels de vaccination vierges	1	2	3	
02	Feuilles de pointage (contrôle) / "taco jo"	1	2	3	
03	Registre de vaccination/du nourrisson sain	1	2	3	

1007	Est-ce que cette structure conserve habituellement ses vaccins, ou bien tous ses vaccins sont soit obtenus d'une autre structure sanitaire ou livrés quand les services sont fournis?	CONSERVE LES VACCINS. 1 SE RAVITAILLE AILLEURS. 2	→ 1014
1008	DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ LES VACCINS SONT CONSERVES. DEMANDER A VOIR LE REFRIGERATEUR OU LA GLACIERE.	REFRIGERATEUR OBSERVÉ. 1 REFRIGERATEUR PAS OBSERVÉ. 2	→ 1014
1008A	INDIQUEZ LE TYPE DE REFRIGERATEUR OBSERVE.	IG 50/SIBIR 1 RCW 3000 2 RCW 2000/SOLAIRE 3 RCW 40 SDD (SOLAR DIRECT DRIVER) 4 REFRIGERATEUR A USAGE DOMESTIQUE 5 AUTRES 6 PRECISE	
1009	Avez-vous une feuille de temperature (un graphique de suivi la chaine de froid)?	OUI 1 NON 2	→ 1012
1010	Puis-je voir la feuille de temperature?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	→ 1012
1011	VERIFIER SI LA FEUILLE DE TEMPERATURE A ÉTÉ REMPLI DEUX FOIS PAR JOUR, CHAQUE JOUR, AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, Y COMPRIS LE WEEK-END ET LES JOURS FERIÉS	OUI, REMPLI COMPLETEMENT. 1 NON, PAS REMPLI. 2	
1012	S'il vous plait, dites-moi si chacun des vaccins suivants est disponible aujourd'hui dans la structure. Si oui, je voudrais le voir.	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ
	SI C'EST DISPONIBLE, VERIFIER SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE RAPPORTÉ / PAS DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	DTC-Hib+HepB [PENTAVALENT]	1	2 3 4 5
2	VACCIN BCG ET DILUANT	1	2 3 4 5
*3	VACCIN FIEVRE JAUNE ET DILUANT	1	2 3 4 5
*4	VACCIN POLIO INACTIVE (VIP INJECTABLE)	1	2 3 4 5
*5	VACCIN ROTAVIRUS	1	2 3 4 5
*6	VACCIN HEPATITE B	1	2 3 4 5
*7	VACCIN PCV 13 (CONTRE LE PNEUMOCOQUE)	1	2 3 4 5
*8	VACCIN RUGEOLE +RUBEOLE	1	2 3 4 5
1013	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR?	AU-DESSUS DE +8 DEGRES. 1 EN-DESSOUS DE +2 DEGRES. 2 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL. 3	
1013A	Utilisez-vous le cahier de maintenance du refrigerateur?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 1014
1013B	Puis-je voir le cahier?	OBSERVE 1 RAPPORTE NON VU 2	
1014	Combien de glaciers avez-vous? DEMANDER A VOIR LES GLACIERES. LA REPOSE RAPPORTÉE PAR UN REPDANT INFORME EST ACCEPTABLE	UN. 1 DEUX OU PLUS. 2 AUCUN. 3	→ 1050
1014A	Quel type de glacierie avez-vous?	DOMETIC 1 BLOW KINGS 2 GEOSTYLE 3 GLACIERE A USAGE DOMESTIQUE 4 AUTRES 5 PRECISEZ	
1015	Combien d'accumulateurs avez-vous? DEMANDEZ A VOIR LES ACCUMULATEURS LES RESPONSES RAPPORTEES SONT ACCEPTABLES ATTENTION: 4-5 ACCUMULATEURS FAIT UN LOT.	UN 1 DEUX OU PLUS. 2 UTILISATION DE LA GLACE ACHETÉE PLUTOT PAS D'ACCUMULATEUR. 3 PAS D'ACCUMULATEUR. 4	

PRECAUTIONS DE BASE

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

1100	<p>VERIFIEZ Q102.6 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"/></p> <p align="center">SECTION/ SERVICE SUIVANT(E) ←</p>																																																				
<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.</p>																																																					
1101	<p>S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette structure, et le nombre de jours par mois dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS</p>	<p>(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE</p>	<p>(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE</p>																																																		
01	<p>Suivi de la croissance de l'enfant</p>	<p># DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/></p>	<p># DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/></p>																																																		
1102	<p>Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>→ 1104</p>																																																		
1103	<p>Puis-je les voir?</p>	<p>OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2</p>																																																			
1104	<p>Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">(A) DISPONIBLE</th> <th colspan="3">(B) FONCTIONNEL</th> </tr> <tr> <th>OBSERVÉ</th> <th>RAPPORTÉ PAS VU</th> <th>PAS DISPONIBLE</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>1 → b</td> <td>2 → b</td> <td>3 02 ←</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>1 → b</td> <td>2 → b</td> <td>3 03 ←</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>1 → b</td> <td>2 → b</td> <td>3 04 ←</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td colspan="3" rowspan="3" style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>*06</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>				(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			OBSERVÉ	RAPPORTÉ 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	2	3				05	1	2	3	*06	1	2	3
	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL																																																	
	OBSERVÉ	RAPPORTÉ 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	2	3																																																		
05	1	2	3																																																		
*06	1	2	3																																																		
<p>REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>																																																					

SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	VERIFIEZ Q102.03 SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/> SECTION/SERVICE SUIVANT(E) ←	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1201	Veuillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont délivrés dans cette structure pour les enfants de moins de 5 ans, et le nombre de jours par mois où ils sont fournis dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/>
1202	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, délivrent les services suivants	OUI	NON
01	DIAGNOSTIQUER ET/OU TRAITER LA MALNUTRITION INFANTILE	1	2
02	DONNER LA VITAMINE A	1	2
03	DONNER LA SUPPLEMENTATION EN FER	1	2
04	DONNER LA SUPPLEMENTATION EN ZINC	1	2
*05	DONNER UN DEPARASITANT	1	2
1203	Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les directives de la PCIME dans les prestations de services aux enfants de moins de 5 ans?	OUI 1 NON 2	
1204	Est-ce que les directives de la PCIME pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 1206
1205	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	→ 1208
1206	Est-ce que d'autres directives pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI 1 NON 2	→ 1208
1207	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	
1208	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel certaines observations et paramètres sont systématiquement relevés sur les enfants malades, avant la consultation pour la maladie déclarée? SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITÉS AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE	OUI 1 NON 2	→ 1210

1209	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDER : Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée de l'enfant	1	2	3	8
02	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme	1	2	3	8
03	Prise de la température de l'enfant	1	2	3	8
04	Evaluation du statut vaccinal de l'enfant	1	2	3	8
05	Dispensation de conseils sur la santé	1	2	3	8
06	Administration de médicaments et/ou passer un linge mouillé pour réduire la température	1	2	3	8
07	Triage des enfants malades, c'est-à-dire donner priorité aux enfants les plus gravement malades	1	2	3	8

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

PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table border="0"> <tr><td>INFORMATIONS GENERALES.</td><td>11</td></tr> <tr><td>VACCINATION</td><td>12</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL.</td><td>14</td></tr> <tr><td>CPN.</td><td>15</td></tr> <tr><td>PTME.</td><td>16</td></tr> <tr><td>MATERNITE</td><td>17</td></tr> <tr><td>SERVICES IST</td><td>18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE</td><td>19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.</td><td>21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES</td><td>22</td></tr> <tr><td>PETITE CHIRURGIE</td><td>23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT</td><td>31</td></tr> </table>	INFORMATIONS GENERALES.	11	VACCINATION	12	PLANNING FAMILIAL.	14	CPN.	15	PTME.	16	MATERNITE	17	SERVICES IST	18	TUBERCULOSE	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22	PETITE CHIRURGIE	23	PAS VISITE AVANT	31	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SECTION SUIVANTE/SERVICE</p> 																															
INFORMATIONS GENERALES.	11																																																									
VACCINATION	12																																																									
PLANNING FAMILIAL.	14																																																									
CPN.	15																																																									
PTME.	16																																																									
MATERNITE	17																																																									
SERVICES IST	18																																																									
TUBERCULOSE	19																																																									
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.	21																																																									
MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22																																																									
PETITE CHIRURGIE	23																																																									
PAS VISITE AVANT	31																																																									
1251	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OBSERVÉ</th> <th>RAPPORTÉ PAS VU</th> <th>PAS DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>02</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>03</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>04</td><td>1 06 ↙</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>05</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>06</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>07</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>08</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>09</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>10</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>11</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>12</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>13</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	01	1	2	3	02	1	2	3	03	1	2	3	04	1 06 ↙	2	3	05	1	2	3	06	1	2	3	07	1	2	3	08	1	2	3	09	1	2	3	10	1	2	3	11	1	2	3	12	1	2	3	13	1	2	3	
	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE																																																							
01	1	2	3																																																							
02	1	2	3																																																							
03	1	2	3																																																							
04	1 06 ↙	2	3																																																							
05	1	2	3																																																							
06	1	2	3																																																							
07	1	2	3																																																							
08	1	2	3																																																							
09	1	2	3																																																							
10	1	2	3																																																							
11	1	2	3																																																							
12	1	2	3																																																							
13	1	2	3																																																							
1052	<p>DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p>	<table border="0"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.</td><td>1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.</td><td>2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.</td><td>3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ.</td><td>4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.	3	PAS D'INTIMITÉ.	4																																																
SALLE SEPARÉE.	1																																																									
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.	2																																																									
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.	3																																																									
PAS D'INTIMITÉ.	4																																																									
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>																																																										

SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	VERIFIEZ Q102.04	FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>	
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←		
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LA PF. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.				
1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
1302	Est-ce que cette structure fournit (c'est-à-dire, stocke les produits ou bien prescrit, conseille ou réfère les clientes pour l'un 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 IM ou SC	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3
07	DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)	1	2	3
08	IMPLANT A UNE OU DEUX CAPSULES(JADELLE OU IMPLANON)	1	2	3
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULES DU LENDEMAIN)	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	1	2	3
12	STERILISATION MASCULINE	1	2	3
13	STERILISATION FEMININE	1	2	3
14	AUTRES METHODES (PAR EX., SPERMICIDE OU DIAGHRAGME)	1	2	3
1303	Est-ce que les directives nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2		→ 1305
1304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2		→ 1307
1305	Est-ce que d'autres directives en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2		→ 1307
1306	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2		
1307	Est-ce qu'il y a des fiches ou des cartes individuelles des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2		→ 1308A
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE. 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. 2		
1308A	Est-ce qu'il y a des cartes individuelles de suivi de rendez-vous des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2		→ 1308C
1308B	Puis-je voir une carte vierge de suivi de rendez-vous de cliente?	OBSERVÉE. 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. 2		
1308C	Est-ce qu'il y a un fichier (armoire, dispositif) pour ranger les fiches des clients par status (actives, inactives, abandon des soins) dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2		→ 1309
1308D	Puis-je le voir?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2		

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

EQUIPEMENTS ET MATERIELS

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

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

PRECAUTIONS DE BASE

1350	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REpondANT DE LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES 11 QUEVACCINATION 12 DE VOUS SOINS INFANTILES 13 CPN 15 PTME 16 MATERNITE 17 IST 18 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 PETITE CHIRURGIE 23 PAS VISITE AVANT 31	SECTION SUIVANTE/SERVICE	
1351	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	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE 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")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1352	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE PF	SALLE SEPARÉE 1 AUTRE 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 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REPONSE 1 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>		921
REMERCEZ 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 STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>			
		↓	↓	←		
SECTIONSUIVANTE OU SERVICE SUIVANT						
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE CPN DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES CPN. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.						
1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles faites dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; 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			
1403	VERIFIEZ Q1402.04	VACCINATION ANTI TETANOS FOURNIE <input type="checkbox"/>	VACCINATION ANTI TETANOS 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 disponibles dans la structure?	OUI	1	→ 1406		
		NON PAS TOUS LES JOURS DE CPN.....	2			
1405	Combien de jours par semaine la vaccination anti tétanos est-elle disponible dans la structure?	JOURS PAR SEMAINE.....	<input style="width: 20px; 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 étant partie intégrante de la CPN? SI OUI, DEMANDER A VOIR LE KIT DU TEST OU L'EQUIPEMENT. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT DE CHAQUE TEST EST VALIDE/NON PERIME SI LE TEST N'EST PAS FAIT, SONDER POUR SAVOIR S'IL EST FAIT DANS UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) PAS OBSERVÉ			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTEE DISPONIBLE PAS VU	DISPONIBLE AILLEURS DAN LA STRUCTURE	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH	1	2	3	4	5
02	TEST D'ALBUMINURIE	1	2	3	4	5
03	TEST DE GLUCOSURIE	1	2	3	4	5
04	N'IMPORTE QUEL TEST RAPIDE D'ANEMIE	1	2	3	4	5
05	TEST RAPIDE DE DEPISTAGE DE LA SYPHILIS	1	2	3	4	5

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

1420	OBSERVER POUR VOIR SI LES ACTIVITÉS CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI UNE ACTIVITÉ N'EST PAS OBSERVÉE, DEMANDER: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes en CPN?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP		
01	Pesée des clientes	1	2	3	8		
02	Prise de la tension	1	2	3	8		
03	Organisation de sessions d'éducation de groupe	1	2	3	8		
04	Test d'albumine	1	2	3	8		
05	Test d'anémie	1	2	3	8		
06	Test VIH	1	2	3	8		
1421	Je voudrais savoir si les matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	(A) DSIPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05	STETHOSCOPE DE PINARD (OBSTETRICAL)	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	
06	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8
07	TABLE GYNECOLOGIQUE OU LIT DE CONSULTATION	1	2	3			
1422	Veillez 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	DISPONIBLE PAS VU	RAPPORTEE DISPONIBLE 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 / FANSIDARPOUR TRAITEMENT ITTERRMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5	
05	VACCIN CONTRE LE TETANOS	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

1450	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNÉES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTRÉES.	INFORMATIONS GÉNÉRALES 11 MATERNITÉ 12 FP 14 PTME 16 MATERNITÉ 17 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DÉPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 PETITE CHIRURGIE 23 PAS VISITE AVANT 31	SECTION SUIVANTE/SERVICE	
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 ÊTRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUES	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1452	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE CPN	SALLE SEPARÉE 1 AUTRE 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 DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.				

SECTION 15: PREVENTION TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

1500	VERIFIEZK 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 COMMENCER CETTE SECTION QU' APRES AVOIR FINI AVEC LA SECTION SUR LES CPN			
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE PTME. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1501	Comme éléments faisant partie des services de PTME, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux clientes	OUI	NON
01	CONSEILS SUR LE VIH ET SERVICE DE TEST DE DEPISTAGE AUX FEMMES ENCEINTES	1	2
02	TEST DE DEPISTAGE DES NOUVEAUX-NES NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
03	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ANTIRETROVIRAUX AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVE	1	2
04	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ARV AUX NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
05	CONSEILS AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES POUR L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NE ET NOURRISSONS	1	2
06	CONSEILS NUTRITIONELS POUR LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET LEURS ENFANTS	1	2
07	CONSEILS SUR LA PF AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES	1	2
08	DIAGNOSTIC PRECOCE DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE	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 FOUNIT LES SERVICES DE CPN?	OUI, C'EST LE SERVICE DE CPN. 1 NON, C'EST UN ENDROIT DIFFERENT. 2	→ 1506
1504	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH (TDR) est disponible dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1506
1505	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3	
1506	VERIFIEZ Q1501.02 COUNSELING SUR VIH CHEZ 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 de papier buvard? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EXEMPLAIRE EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3	

1509	Est-ce que les directives nationales en matière de PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON.....2	→ 1511					
1510	Puis-je les voir? PEUT ETRE UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	→ 1513					
1511	Est-ce que d'autres types de directives sur la PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON.....2	→ 1513					
1512	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2						
1513	Est-ce que des directives sur le counseling pour l'allaitement du bébé et de l'enfant sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON.....2	→ 1515					
1514	Puis-je les voir? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2						
1515	Est-ce que dans ce service, vous stockez des ARV pour la PTME?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1550					
1516	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	RAPPORTÉE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE		
		01	TENAFOVIR (TDF) + LAMIVUDINE (3TC) / EMTRICITABINE (FTC) + EFAVIRENZ (EFV) comprimés	1	2	3	4	5
		02	ZIDOVDINE (AZT) + LAMIVUDINE (3TC) + EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		03	ZIDOVDINE (AZT) + LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		04	TENAFOVIR (TDF) + LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		05	NEVIRAPINE COMPRIMES	1	2	3	4	5
		06	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		07	LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		08	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
		09	ZIDOVDINE (AZT) + LAMIVUDINE (3TC) + NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
		10	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
		11	ZIDOVDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4	5
12	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5		

1550	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISIT INDICHER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS 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 MARDIES NON TRANSMISSIBLES 22 PETITE CHIRURGIE 23 PAS VISITÉ AVANT 31</p>	SECTION SUIVANTE/SERVICE		
1551	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	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3	
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3	
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT(OPCT)	1	2	3	
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3	
08	DESINFECTANT (PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL)/ ANTISEPTIQUE	1	2	3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3	
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3	
11	BLOUSES	1	2	3	
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3	
1552	<p>DEMANDER A VOIR LE LIEU OU ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME.</p> <p>DECRIRE LE CADRE DE LA PIECE OU L'ENDROIT.</p>	<p>SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4</p>			
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAU-NES

1600	VERIFIEZ Q102.07 Fourniture de services pour accouchement normal et/ou soins aux nouveau-nés	<input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES 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 structure ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI 1 NON 2	→	1604
1602	Est-ce qu'il y a un tableau de permanence, une liste d'appel ou un programme journalier d'affectation du personnel?	OUI 1 NON 2	→	1604
1603	Puis-je le voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2		

ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

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

1609	Est-ce que vous avez les directives sur la prise en charge du travail prématuré? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'AUTRES DIRECTIVES.	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1611
1610	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	
1611	Est-ce que dans cette structure on pratique la méthode kangourou pour les nouveaux né à faible poids?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1613
1612	Est-ce qu'il y a une salle séparée où on pratique la méthode kangourou ou est-ce qu'elle est intégrée dans le service principal de maternité?	OUI, SALLE SEPARÉE..... 1 NON, INTEGRÉ..... 2	
1613	Est-ce que les prestataires dans cette structure utilisent le partographe pour surveiller le travail et l'accouchement?	OUI..... 1 PAS D'UTILISATION DE PARTOGRAMME..... 2	→ 1615
1614	Est-ce que dans cette structure, on utilise systématiquement, de manière sélective, ou pas du tout le partogramme?	SYSTEMATIQUEMENT..... 1 SELECTIVEMENT..... 2	
1615	Combien de lits réservés au service maternité sont disponibles dans cette structure?	# DE LITS RESERVES A LA MATERNITE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP..... 998	
1616	Combien de lits réservés pour les accouchements sont disponibles dans ce service ?	# DE LITS RESERVES AUX ACCOUCHEMENTS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP..... 998	
1617	Est-ce que cette structure participe à des analyses (revue de cas) régulières sur la mortalité maternelle et néonatale ou bien sur "les cas évités de justesse"?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1622
1618	Est-ce que ces analyses sont faites sur les mères seulement, les nouveaux-nés ou sur les deux à la fois?	POUR LES MERES SEULEMENT..... 1 POUR LES NOUVEAUX-NES SEULEMENT..... 2 POUR LES DEUX..... 3	→ 1621
1619	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité maternelle ou sur " <u>les cas évités de justesse</u> " sont-elles faites?	CHAQUE: <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES SEULEMENT QUAND UN CAS SURVIENT... 53 NSP..... 98	
1620	VERIFIEZ Q1618: REPONSE "3" <input type="checkbox"/> ENCERCLEE ↓	REPONSE "3" <input type="checkbox"/> PAS ENCERCLEE	→ 1622
1621	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité néonatale ou sur les " <u>cas évités de justesse</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 OBSTETRICAL EXTRACTOR	1 → b	2 → b	3 ↙ 07 ↙	1	2	8
07	ASPIRATEUR MANUEL OU KIT D&C	1 → b	2 → b	3 ↙ 08 ↙	1	2	8
08	BALLON ET MASQUE RESPIRATOIRE	1 → b	2 → b	3 ↙ 09 ↙	1	2	8
09	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 ↙ 10 ↙	1	2	8
10	THERMOMETRE POUR BASSE TEMPERATURE	1 → b	2 → b	3 ↙ 11 ↙	1	2	8
11	PESE-BEBE	1 → b	2 → b	3 ↙ 12 ↙	1	2	8
12	STETHOSCOPE DE PINARD (OBSTETRICAL)	1 → b	2 → b	3 ↙ 13 ↙	1	2	8
13	TENSIOMETRE	1 → b	2 → b	3 ↙ 14 ↙	1	2	8
14	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 ↙ 1623 ↙	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE			
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT	1	2	8			
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE	1	2	8			
03	FILS DE CLAMPAGE POUR CORDON OMBILICAL/CLAMP DE BARRE	1	2	8			
04	SPECULUM	1	2	8			
05	CISEAUX POUR EPISIOTOMIE	1	2	8			
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL	1	2	8			
07	MATERIEL ET AIGUILLES POUR SUTURE	1	2	8			
08	PORTES-AIGUILLES	1	2	8			
09	PINCES DE COCHERE	1	2	8			
10	PINCES A CLAMPER	1	2	8			
11	PORTE-COMPRESSES	1	2	8			
12	PARTOGRAMME VIERGE	1	2	8			

1624	Est-ce que cette structure observe systématiquement les pratiques suivantes qui concernent le postpartum ou les nouveau-nés?	OUI	NON	NSP		
01	Poser le bébé sur le ventre de la mère juste après l'accouchement (Peau sur Peau)	1	2	8		
02	Sécher et couvrir les nouveau-nés pour les réchauffer	1	2	8		
03	commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	1	2	8		
04	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
05	Aspiration à l'aide d'une sonde	1	2	8		
06	Aspiration à l'aide d'une poire	1	2	8		
07	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2	8		
08	Administration de Vitamin K au nouveau-né	1	2	8		
09	Appliquer de la Tetracycline dans les deux yeux	1	2	8		
10	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance	1	2	8		
11	Donner au nouveau-né le colostrum par la mise au sein immédiat	1	2	8		
12	Donner au nouveau-né le vaccin polio oral avant la sortie	1	2	8		
13	Faire le BCG au nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
14	Soin du cordon par l'application de la chlorexidine	1	2	3		
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	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)/ (GROSSE MOLECULE)AVEC LE NECESSAIRE A PERFUSION	1	2	3	4	5
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5
08	SOLUTION DE CHLORHEXIDINE A 4% (NETTOYAGE DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5
09	VITAMINE K1	1	2	3	4	5

PTME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

1626	Est-ce que dans ce service vous faites la PTME pour les femmes qui viennent pour accoucher?	OUI 1 NON 2					
1627	Est-ce que les prestataires de la maternité font le dépistage du VIH dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 1629				
1628	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR du VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3					
1629	Est-ce que vous avez des stocks d'ARV pour la PTME, dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 1650				
1630	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				
01		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON / OU JAMAIS DISPONIBLE	
02		TENAFOVIR(TDF) +LAMIVUDINE(3TC)/ EMTRICITABINE(FTC)+EFFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
03		ZIDOVUDINE(AZT)+LAMIVUDINE(3TC)+EF VIR ENZ(EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04		ZIDOVUDINE(AZT)+LAMIVUDINE(3TC) COM	1	2	3	4	5
05		TEAFOVIR(TDF)+LAMIVUDINE(3TC) COMP	1	2	3	4	5
06		NEVIRAPINE(NVP) COMP	1	2	3	4	5
07		EFVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
08		LOPINAVIR(LPv _r) COMPRIMES	1	2	3	4	5
09		EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
10		ZIDOVUDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC + NEVIRAPINE(NVP) SIROP	1	2	3	4	5
10	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5	

11	ZIDOVUDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4	5
12	QBQCQVIR(ABC) COMPRIMES	1		3	4	5
	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 INDICHER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	VACCINATION INFANTILE	12			SECTION SUIVANTE/SERVICE
		SOINS INFANTILES	13			
		PLANNING FAMILIAL.....	14			
		CPN.....	15			
		PTME	16			
		SERVICES IST	18			
		TUBERCULOSE	19			
		COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21			
		MALDIES NON TRANSMISSIBLES	22			
		PETITE CHIRURGIE	23			
		PAS VISITÉ AVANT	31			
1651	STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION	OBSERVE	REPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE		
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3		
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3		
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3		
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3		
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3		
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3		
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3		
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3		
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3		
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3		
11	BLOUSES	1	2	3		
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3		
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3		
1652	DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE	SALLE SEPARÉE.....	1			
		AUTRE 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 17: PALUDISME

1700	VERIFIEZ Q102.08: FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" 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 structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins (GE/TDR) pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins systématiquement ou parfois seulement?	SYSTEMATIQUEMENT/TOUJOURS 1 PARFOIS SEULEMENT 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF 1 AUTRE _____ 2 style="margin-left: 40px;">PRECISER	
1708	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, un affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou Ordinoigramme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou l'ordinoigramme?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme selon les directives?	OUI 1 NON 2	
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	VERIFIEZ Q102.09 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT </div>	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES IST. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DES SERVICES IST. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.		
1801	Combien de jours par mois les services IST sont disponibles dans cette structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DES JOURS]	JOURS/MOIS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
1802	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic des IST?	OUI 1 NON. 2 → 1804
1803	Comment se fait le 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 style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q1802 NI Q1804 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT
1806	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service ont jamais été référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ce service leur sont offert dans cette structure?	OUI 1 NON. 2 → 1810
1807	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont systématiquement référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ils le sont seulement quand ils suspectés d'être infectés par le VIH?	SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT. . 1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE HIV 2
1808	Est-ce que les prestataires du service IST font le dépistage du VIH dans ce service même?	OUI 1 NON. 2 → 1810
1809	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3
1810	Est-ce que les directives nationales pour le diagnostic et le traitement des IST sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON. 2 → 1812
1811	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 → 1814
1812	Est-ce qu'il y a d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement des IST qui sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON. 2 → 1814
1813	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2
1814	Est-ce que cette structure pratique la notification du partenaire pour les IST?	OUI 1 NON. 2 → 1816
1815	Est-ce que la notification est toujours active ou parfois (quand la structure contacte le partenaire) ou bien est-elle seulement passive (quand la structure demande aux patients d'informer ou d'amener leurs partenaires)?	TOUJOURS ACTIVE 1 PARFOIS ACTIVE. 2 SEULEMENT PASSIVE. 3
1816	Est-ce qu'on utilise des fiches ou des carnets de santé individuels?	OUI 1 NON. 2 → 1818
1817	Puis-je voir une fiche individuelle ou un carnet de santé individuel. (Vierge ou pas).	OBSERVÉE 1 RAPPORTÉE, PAS VUE 2

1818	DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE 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 sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3	8
05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3	8
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
	INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI				
08	Sur les IST	1	2	3	8
09	Sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
10	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
11	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
12	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
13	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
14	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8

PRECAUTIONS DE BASE

1850	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 VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES11	SECTION SUIVANTE/SERVICE	
		VACCINATION INFANTILE 12		
SOINS INFANTILES 13				
PLANNING FAMILIAL 14				
CPN. 15				
PTME. 16				
MATERNITE. 17				
TUBERCULOSE 19				
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21				
MALADIES NON TRANSMISSIBLES. 22				
PETITE CHIRURGIE 23				
PAS VISITE AVANT. 31				
1851	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE		RAPPORTE, PAS VU
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDROALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1852	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES IST	SALLE SEPARÉE.	1	
		AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.	2	
		INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	
		PAS D'INTIMITÉ.	4	
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	VERIFIEZ Q102.10 FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE LOCAL OU ON FOURNIT LES SERVICES SUR LA TBC. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRESTATION DE SERVICES SUR LA TB. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.		
1901	Combien de jours par mois les services de santé sur la TBC sont-ils fournis? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

1902	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic de la tuberculose chez un patient?	OUI 1 NON 2	→1904
1903	Quelle est la méthode la plus utilisée par les prestataires pour faire le diagnostic de la TBC? SONDER POUR DETERMINER LA METHODE LA PLUS UTILISEE.	EXAMEN DES CRACHATS 1 RADIOGRAPHIE SEULEMENT 2 SOIT EXAMEN CRACHATS SOIT RADIO. 3 A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO . . . 4 SYMPTOMES CLINIQUES SEULEMENT. 5 TEST MOLECULAIRE GENEXPERT..... 6	
1904	Est-ce que les prestataires ont une fois référé des patients en dehors de la structure pour le diagnostic de la TBC?	OUI 1 NON 2	→1907
1905	Est-ce que cet établissement a un accord avec une structure de référence pour que les résultats des tests de dépistage de la TBC vous soient retournés, soit directement, soit par le patient?	OUI 1 NON 2	
1906	Est-ce qu'il existe un registre sur lequel les patients qui sont référés pour le diagnostic de la TBC sont répertoriés?	OUI 1 NON 2	→1908
1907	Puis-je voir le registre des patients qui sont référés ? VERIFIER SI LES RESULTATS DES DIAGNOSTICS Y SONT ENREGISTRES	REGISTRE VU (PAPIER) 1 REGISTRE VU (ELECTRONIQUE)..... 2 REGISTRE PAS VU..... 3	
1907A	Est-ce que la structure fait les controles microscopiques des TB a frottis positifs?	OUI 1 NON 2	→1908
1907B	Quelle est la frequence des controles microscopiques que cette structure fait?	M2 1 M5 2 FIN DE TRAITEMENT 3 M2,M5 ET FIN DE TRAITEMENT 4	

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

1908	Est-ce que les prestataires de cette structure prescrivent un traitement pour la TBC ou bien gèrent les patients qui sont sous traitement anti-tuberculeux?	OUI 1 NON 2	→1910
1909	Quel est le schéma ou l'approche thérapeutique que les prestataires utilisent pour le suivi des patients <u>nouvellement diagnostiqués</u> comme ayant la TBC? PRECISER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE	TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 6MOIS. 1 SUIVI APRES 2 MOIS DE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE EFFECTUE AILLEURS. 2 DIAGNOSTIC ET TRAITÉ LE PATIENT HOSPITALISE REFERE AILLEURS POUR SUIVI. 3 TRAITEMENT COMPLET SANS FAIRE LE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 4 DIAGNOSTIQUE, PRESCRIT/FOURNIT DES MEDICAMENTS SEULEMENT, PAS DE SUIVI. 5 DIAGNOSTIC SEULEMENT, PAS DE TRAITEMENT OU DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS. 6	→ 1910
1909A	A quel niveau se fait le traitement directement observe	TDO SANITAIRE 1 TDO COMMUNAUTAIRE 2 TDO FAMILIAL 3	
1910	VERIFIEZ Q1902 AND Q1908 FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE 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	OUI 1	

PRECAUTIONS DE BASE

1950	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">INFORMATIONS 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 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>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>	INFORMATIONS 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 SUIVANTE/SERVICE
INFORMATIONS 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																										
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	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/ DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1 2 3																									
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 } 06	2 3																								
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1 2 3																									
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1 2 3																									
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1 2 3																									
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1 2 3																									
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1 2 3																									
10	MASQUES MEDICAUX	1 2 3																									
11	BLOUSES	1 2 3																									
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1 2 3																									
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1 2 3																									
1952	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES DE TBC</p>	<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>AUTRE 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	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ	4																	
SALLE SEPARÉE	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																										
PAS D'INTIMITÉ	4																										
1953	<p>VERIFIEZ Q214</p> <p>ANTI-TUBERCULEUX STOCKES AILLEURS OU OU PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE) <input type="checkbox"/></p>	<p>ANTITUBERCULEUX STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC (REPONSE 1 ENCERCLEE) <input type="checkbox"/></p>	→ 931																								
<p>REMERCEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>																											

SECTION 20: TEST DE DEPISTAGE DU VIH

2000	VERIFIEZ Q102.11 FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DE DEPISTAGE DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE COUNSELING ET LE DEPISTAGE DU VIH. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
2001	Combien de jours par mois les services de dépistage du VIH sont-ils délivrés dans la structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DES JOURS. <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
2002	Quand un prestataire voudrait qu'un patient fasse le test de dépistage du VIH, ou bien quand le patient accepte de faire le test, quelle est la procédure qui est suivie? En d'autres termes, quelles sont les options possibles pour faire le test de dépistage? APRES QUE LA REPONSE EST DONNEE, SONDER POUR DETERMINER TOUTES LES AUTRES PROCEDURES POUR FAIRE LE DEPISTAGE DU VIH. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DANS LE SERVICE. A PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE AU LABO PATIENT ENVOYE A UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE. C PATIENT ENVOYE AU LABO DE LA STRUCTURE. . . D PATIENT ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE. E PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE F	
2003	VERIFIEZ Q2002 FOURNITURE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A"*PAS ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 2005
2004	Puis-je voir un kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3	
2005	Est-ce qu'il existe dans ce service des tableaux/fiches/cartes individuelles pour les patients qui reçoivent des prestations dans ce service? (par ex., un carnet de. Cela renvoie à tout système, où les informations individuelles sur les patients sont enregistrées de telle sorte qu'un fichier de tous les soins et services sont disponibles dans un seul document?	OUI 1 NON PAS DE DOSSIER INDIVIDUEL DE MALADE. 2	→ 2007
2006	Puis-je voir un exemplaire de dossier de malade?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	
2007	Est-ce que les directives nationales sur le counseling et le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2009
2008	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→ 2011
2009	Est-ce que d'autres types de directives sur le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2011
2010	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
2011	Est-ce que le personnel de cet établissement a accès à la prophylaxie post-exposition contre le VIH?	OUI 1 NON 2	
2012	Est-ce que des protocoles/directives écrites pour la prophylaxie post-exposition sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UN AUTRE DOCUMENT	OUI 1 NON 2	→ 2014
2013	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
2014	VERIFIEZ Q2002 PRELEVEMENT DE SANG DANS LE SERVICE ("A" OU "B" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE PRELEVEMENT DE SANG DANS SERVICE (NI "A" NI "B" NI "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 2052

PRECAUTIONS DE BASE			
2050	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DEPISTAGE SUR LE VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPIONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES11 VACCINATION INFANTILE12 SOINS INFANTILES..... 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN..... 15 PTME..... 16 MATERNITE..... 17 IST 18 TUBERCULOSE 19 MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22 PETITE CHIRURGIE23 PAS VISITE AVANT..... 31</p>	→2053
2051	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2 3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2 3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2 3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2 3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2 3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2 3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2 3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUES	1	2 3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2 3
10	MASQUES	1	2 3
11	BLOUSES	1	2 3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2 3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2 3
2052	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	<p>SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4</p>	
2053	Est-ce que des condoms à donner aux patients recevant des services de counseling et de dépistage du VIH, sont disponibles dans ce service?	<p>OUI 1 NON 2</p>	→2055
2054	Puis-je voir quelques condoms?	<p>OBSERVÉS 1 RAPPORTÉS , PAS VUS..... 2</p>	
2055	<p>VERIFIEZ Q2002</p> <p>DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (NI "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p> <p>SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←</p>	
2056	Est-ce que cet établissement a un accord avec la structure de référence pour les tests, pour que les résultats soient retournés ici, soit directement soit par le patient?	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←</p>	
2057	Puis-je voir quelques evidences de cet accord?	<p>OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2</p>	
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>			

SECTION 21: TRAITEMENT DU VIH

2100	VERIFIEZ Q102.12 FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←			
DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES DU TRAITEMENT DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CES SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
2101	Est-ce que les prestataires de santé dans cette structure prescrivent un traitement ARV	OUI 1 NON 2			
2102	Est-ce que les prestataires de santé dans cette structure fournissent des services de suivi du traitement aux personnes sous ARV, y compris la fourniture de services communautaires?	OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE 1 OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE ET DANS LA COMMUNAUTE 2 NON 3			
2103	VERIFIEZ Q2101 ET Q2102 REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT Q2101 OU Q2102 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q2101 NI Q2102 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←			
2104	Est-ce que les Directives Nationales sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2106		
2105	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→2108		
2106	Est-ce que d'autres types de directives sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2108		
2107	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2			
TESTS DE BASE AVANT LE TRAITEMENT ARV					
2108	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer s'ils font des tests de base de façon systématiquement, sélective ou jamais, avant de mettre un patient sous ARV.				
		TEST DE SITUATION DE REFERENCE EFFECTUÉ DE FACON			
	TEST	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	Tous autres tests de routine _____ (SPECIFIER)	1	2	3	8

TESTS DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TARV

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

SECTION 22: SOINS ET SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH

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

SECTION 23: MALADIES NON TRANSMISSIBLES

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

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

DIABETE

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

MALADIES CADIO-VASCULAIRES

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

MALADIES RESPIRATOIRES

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

EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE

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

SALLE DE CONSULTATION DES PATIENTS

2350	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.	INFORMATIONS 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 PETITE CHIRURGIE 23 PAS VISITE AVANT 31	SECTION SUIVANTE/SERVICE	
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	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] /ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
2352	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ 4		
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: SERVICES DE PETITE CHIRURGIE

2400	VERIFIEZ Q102.15 FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT																																																
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FAIT LA PETITE CHIRURGIE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DE SERVICES DE LA PETITE CHIRURGIE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.																																																		
DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES ACTES DE PETITE CHIRURGIE ET A VOIR LES ELEMENTS CI-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.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">(A) DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) FONCTIONNEL</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">OBSERVE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTE 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> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 02 ↙</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 03 ↙</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 04 ↙</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 05 ↙</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 06 ↙</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 2402 ↙</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8	1 → b	2 → b	3 2402 ↙	1	2	8
(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL																																															
OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP																																													
1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8																																													
1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8																																													
1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8																																													
1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8																																													
1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8																																													
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 MEDICAMENT AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVE DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) PAS OBSERVE</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTE PAS VU</th> <th style="text-align: center;">NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th style="text-align: center;">JAMAIS DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5																		
(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE																																																
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE																																														
1	2	3	4	5																																														
1	2	3	4	5																																														
1	2	3	4	5																																														
1	2	3	4	5																																														
2403	Est-ce qu'il y a des directives sur la Gestion intégrée des urgences et des soins chirurgicaux de base (IMEESC)?	OUI 1 NON 2 → 2450																																																
2404	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2																																																

PRECAUTIONS DE BASE

2450	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">INFORMATIONS 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>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>MALADIES NON TRANSMISSIBLES</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>PAS VISITÉ AVANT</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> </table>	INFORMATIONS 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	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> SECTION SUIVANTE/SERVICE ↓ </div>
INFORMATIONS 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																										
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	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3																							
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
2452	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4																									
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: CESARIENNES

2500	VERIFIEZ Q102.16 Fourniture de services de césarienne dans la structure <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>					
DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU ON PRATIQUE LES CESARIENNES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRATIQUE DES CESARIENNES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.							
2501	Est-ce que la structure dispose d'un prestataire qui est qualifié pour pratiquer une césarienne et qui est présent ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI 1 NON 2	→ 2504				
2502	Est-ce qu'il y a un horraire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'équipe de garde?	OUI 1 NON 2	→ 2504				
2503	Puis-je le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU..... 2					
2504	Est-ce que la structure dispose d'un anesthésiste qui est présent dans la structure ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI 1 NON 2	→ 2507				
2505	Est-ce qu'il y a un horraire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'équipe de garde?	OUI 1 NON 2	→ 2507				
2506	Puis-je le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU..... 2					
2507	Est-ce qu'une césarienne a été pratiquée dans la structure au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2					
DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES CESARIENNES ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESSOUS							
2510	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	MACHINE D'ANESTHESIE RESPIRATEUR	1 → b	2 → b	3 02←	1	2	8
02	CIRCUIT DU RESPIRATEUR (MASQUE, BALLON, FILTRE, TUYAU)	1 → b	2 → b	3 02A←	1	2	8
02A	ELECTROCARDIOSCOPE (SCOPE)	1 → b	2 → b	3 03←	1	2	8
03	CANULE OROPHARYNGEE DE MAYO (ADULTE)	1 → b	2 → b	3 04←	1	2	8
04	CANULE OROPHARYNGEE (ENFANT)	1 → b	2 → b	3 05←	1	2	8
05	PINCE MAGILLS - ADULTE	1 → b	2 → b	3 06←	1	2	8
06	PINCE MAGILLS - ENFANT	1 → b	2 → b	3 07←	1	2	8
07	TUBE ENDOTRACHEAL (3.0 - 5.0)	1 → b	2 → b	3 08←	1	2	8
08	TUBE ENDOTRACHEAL (5.5 - 9.0)	1 → b	2 → b	3 09←	1	2	8
09	STYLET D'INTUBATION GUIDE D'INTUBATION	1 → b	2 → b	3 10←	1	2	8
10	AIGUILLE SPINALE	1 → b	2 → b	3 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	1	2	8
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.							

SECTION 26: ANALYSE DE GROUPE SANGUIN ET TEST DE COMPATIBILITE

2600	VERIFIEZ Q102.18 FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT										
2601	Veuillez SVP me dire si les réactifs ou les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI REACTIF AU MOINS UN EST VALIDE (PAS PÉRIMÉ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">(A) OBSERVE DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: left;">(B) PAS OBSERVE</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</td> <td style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</td> <td style="text-align: center;">RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU</td> <td style="text-align: center;">NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'H</td> <td style="text-align: center;">JAMAIS DISPONIBLE</td> </tr> </table>	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'H	JAMAIS DISPONIBLE
(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE										
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'H	JAMAIS DISPONIBLE								
01	Réactif Anti-A (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5						
02	Réactif Anti-B (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5						
03	Réactif Anti-D (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5						
04	Réactif de COOMBS (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5						
5	Réactif Anti-AB (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5						

SECTION 27: SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE

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

DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

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

CONSERVATION DU SANG

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

**SECTION 28: SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E)S
ET JEUNES**

2800	VERIFIEZ Q102.20 FOURNITURE DE SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E)S ET JEUNES DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E)S ET JEUNES DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
2801	Disposez vous d'un espace ado/jeune (espace d'accueil, d'information, de conseils, etc.) dans votre structure	OUI 1 NON 2	
2802	Disposez-vous d'un circuit defini dans la structure pour les adolescents/jeunes?	OUI 1 NON 2	
2803	Le personnel est-il forme pour ecouter, conseiller, orienter les adolescents/ jeunes et repondre a leurs preoccupations relatives a la sante sexuelle et de la reproduction?	OUI 1 NON 2	
2804	Les informations sur la sante sexuelle et de la reproduction sont-elles disponibles : menstruations, IST, infections a VIH, grossesse precoce, utilisation de substances nocives (tabac,alcool,drogues), etc. Consequences rapports sexuels precoces?	OUI 1 NON 2	
2805	Des panneaux et des fleches sont-ils mis en place pour orienter les adolescents/jeunes?	OUI 1 NON 2	
2806	Votre structure offre-t-elle des soins aux adolescents?	OUI 1 NON 2	

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

3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPETE/LES CONDITIONS DE LA STRUCTURE	OUI	NON					
01	LE SOL: BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS	1	2					
02	COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES: NETTOYES PAS DE TRACE VISIBLE DE POUSSIERE OU DE DECHETS	1	2					
03	AIGUILLES, OBJETS TRANCHANTS HORS DE LA BOITE DE SECURITE	1	2					
04	BOITES POUR OBJETS TRANCHANTS QUI DEBORDENT/ OU SONT PERCEES	1	2					
05	BANDAGES/DECHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS	1	2					
06	MURS: SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉS	1	2					
07	PORTES: SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉES	1	2					
08	PLAFOND: TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2					
	HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; height: 20px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				.		
		.						
REMERCIEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDRO OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.								

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR(TRICE)

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REpondANT:

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

AUTRES COMMENTAIRES:

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR: _____ DATE: _____

MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

DRAFT DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INVENTAIRE POUR CASE DE SANTE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTÉ

001	NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE _____
002	LOCALISATION DE LA STRUCTURE (COMMUNE/COMMUNAUTE RURALE) _____
003	REGION/PROVINCE □ □
004	DISTRICT SANITAIRE □ □ □
005	CODE DE LA STRUCTURE □ □ □ □ □
006	TYPE STRUCTURE SANITAIRE
	HÔPITAL 01
	CENTRE DE SANTE 02
	POSTE DE SANTE 03
	CASE DE SANTE 04
007	STATUT DE LA STRUCTURE SANITAIRE (Polirisant: responsable de la case)
	PUBLIQUE 1
	ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF 2
	PRIVE 3
	PRIVE CONFESIONNEL 4
008	URBAIN/RURAL
	URBAIN 1
	RURAL 2

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR □ □
				MOIS □ □
				ANNEE □ □
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUÊTEUR □ □
RESULTAT	_____	_____	_____	RESULTAT □

CODES RESULTAT (VISITE FINALE):

- 1 =REPLI POUR LA STRUCTURE
- 2 =REONDANT NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE
- 3 =DIFFERE
- 4 =REFUS DE LA STRUCTURE
- 5=PARTIELLEMENT REMPLI
- 6 =AUTRE _____
(SPECIFIER)

NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS SELECTIONNEES DANS LES REGISTRES DERNIER 30 JOURS

NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES.	□ □
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS DE SUIVI PROMOTION DE L'ENFANT	□ □
NOMBRE TOTAL CONSULTATIONS EN PF.	□ □
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS ENFANTS MALADES.	□ □
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS DE SUIVI POST NATAL.	□ □

COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

POSITIONNER LE GPS

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

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

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "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 VERIF 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: 30px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
013 LONGITUDE	E/O a
	DEGREES/DECIM b <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

CONSENTEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

				2	0	2
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;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 10px;">:</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">HEURES</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 SUR DES ACTIVITES REALISEES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. EXPLIQUEZ AUSSI QUE VOUS AUREZ BESOIN DE CONSULTER LES REG REUNIONS ET ACTIVITES. ET QU'IL SERA IMPORTANT DE CONSULTER TOUS LES RAPPORTS DES REUNIONS ET DES ACTIVITES. SOLICITE RAPPORTS S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE SUR LIEU DE L'INTERVIEW.

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

ATTENTION!!!!

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

MODULE 1: INFORMATIONS GENERALES - DISPONIBILITE DES SERVICES

SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES

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

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

SERVICES D'HOSPITALISATION

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

SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

STOCKAGES DES MEDICAMENTS

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

MODULE 2: DISPONIBILITE DU SERVICE GENERAL

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

DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24

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

SUPERVISION EXTERNE

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

FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

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

SOURCES OF REVENUE

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

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

LES PERSONNELS

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

REUNIONS DE GESTION

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

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

417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent <i>périodiquement</i> ?	OUI. 1 NON 2 NSP..... 8	↳ 430
418	A quelle fréquence les réunions périodiques entre le personnel de santé et membres de la communauté sont-elles tenues?	MENSUELLEMENT OU MOINS 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS 4 NSP 8	↳ 430
419	Est-ce que le proces verbal des réunions entre personnel de santé et membres de la communauté est conservé?	OUI. 1 NON 2	↳ 430
420	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois?	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2	

OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

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

ASSURANCE QUALITE

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

440	Est-ce que cette structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→450
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI. 1 NON 2	→450
442	Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité? 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.	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU.2	

TRANSPORT DES URGENCES

450	Est-ce que cette structure dispose d'une ambulance fonctionnelle ou d'un véhicule quelconque, qui stationne dans la structure même, et qui part de là pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS1 OUI, PARFOIS2 NON 3	→452
451	Puis-je voir l'ambulance ou le véhicule?	OBSERVÉ 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	→ 453
452	Est-ce que cette structure a accès à une ambulance fonctionnelle ou un véhicule quelconque, qui est stationné ou qui part d'une autre structure sanitaire, pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS. 1 OUI, PARFOIS2 NON 3	→ 460
453	Est-ce qu'il y a du carburant disponible aujourd'hui? ACCEPTER LA REponse RAPPORTEE PAR UN REpondANT INFORME	OUI. 1 NON. 2 NSP..... 8	

SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

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

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

STATISTIQUES SANITAIRES

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

470	VERIFIEZ Q110	FOURNITURE DE 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 NSP. 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
472	Combien de consultations ont été effectuées en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants?	# DE CONSULTATIONS NSP. 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

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

500	VÉRIFIEZ Q201 EST-CE QUE LES ÉQUIPEMENTS SONT STÉRILISÉS DANS CETTE STRUCTURE?	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 ÉLÉMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISÉS DANS LA STRUCTURE ET S'ILS SONT DISPONIBLES. S'ILS SONT DISPONIBLES, DEMANDER À LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous utilisez [METHODE] dans la structure?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">METHODE</th> <th colspan="3">(A) UTILISÉ ET DISPONIBLE</th> <th colspan="3">(B) FONCTIONNEL</th> </tr> <tr> <th>OBSERVE</th> <th>RAPPORTE, PAS VU</th> <th>PAS UTILISÉ</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 CASSEROLE NON ÉLECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 ↘ 2 ↙</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>02 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ÉLECTRIQUES (FOUR OU CUISINIÈRE)</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 ↘ 3 ↙</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>03 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			METHODE	(A) UTILISÉ ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISÉ	OUI	NON	NSP	01 CASSEROLE NON ÉLECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1 → b	2 → b	3 ↘ 2 ↙	1	2	8	02 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ÉLECTRIQUES (FOUR OU CUISINIÈRE)	1 → b	2 → b	3 ↘ 3 ↙	1	2	8	03 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3			
METHODE	(A) UTILISÉ ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL																																		
	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISÉ	OUI	NON	NSP																																
01 CASSEROLE NON ÉLECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1 → b	2 → b	3 ↘ 2 ↙	1	2	8																																
02 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ÉLECTRIQUES (FOUR OU CUISINIÈRE)	1 → b	2 → b	3 ↘ 3 ↙	1	2	8																																
03 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3																																			
502	VÉRIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES MÉTHODES DE STÉRILISATION/DESINFECTION À HAUT NIVEAU QUI EST UTILISÉE DANS LA STRUCTURE, DEMANDER AU RÉPONDANT ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DÉTAILS, Y COMPRIS LA DURÉE, ETC.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">(1)</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">(2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>Méthode</td> <td style="text-align: center;">EBULLITION</td> <td></td> <td style="text-align: center;">DESINFECTION À HAUT NIVEAU CHIMIQUE</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>UTILISÉ..... 1 PAS UTILISÉ..... 2 → 2</td> <td></td> <td>UTILISÉ..... 1 PAS UTILISÉ..... 2 → 503</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?</td> <td style="text-align: center;">MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NSP.....998</td> <td></td> <td>NSP..... 998</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td>Désinfectant chimique utilisé</td> <td></td> <td></td> <td>ALCOOL.....01 BETADINE.....02 CHLORINE/EAU DE JAVEL.....03 NSP..... 98</td> </tr> </tbody> </table>						(1)		(2)	A	Méthode	EBULLITION		DESINFECTION À HAUT NIVEAU CHIMIQUE			UTILISÉ..... 1 PAS UTILISÉ..... 2 → 2		UTILISÉ..... 1 PAS UTILISÉ..... 2 → 503	B	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			NSP.....998		NSP..... 998	C	Désinfectant chimique utilisé			ALCOOL.....01 BETADINE.....02 CHLORINE/EAU DE JAVEL.....03 NSP..... 98			
		(1)		(2)																																		
A	Méthode	EBULLITION		DESINFECTION À HAUT NIVEAU CHIMIQUE																																		
		UTILISÉ..... 1 PAS UTILISÉ..... 2 → 2		UTILISÉ..... 1 PAS UTILISÉ..... 2 → 503																																		
B	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																		
		NSP.....998		NSP..... 998																																		
C	Désinfectant chimique utilisé			ALCOOL.....01 BETADINE.....02 CHLORINE/EAU DE JAVEL.....03 NSP..... 98																																		
503	Est-ce que cette structure dispose de directives sur la décontamination et désinfection à haut niveau des équipements?	OUI..... 1 NON..... 2			SECTION SUIVANTE																																	
504	Puis je voir les directives sur la stérilisation finale des équipements? LES DIRECTIVES ÉCRITES À LA MAIN ET AFFICHÉES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STÉRILISATION SONT ACCEPTABLES.	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2																																				

SECTION 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

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

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

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

TOILETTE DES PATIENTS

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

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

MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

700	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le principal service et s'ils sont fonctionnels. DEMANDER A VOIR LE MATERIEL.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
02	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]/Salter	1 → b	2 → b	3	1	2	8
03	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 100g]/pèse Bébé	1 → b	2 → b	3	1	2	8
04	STADIOMETRE (OU TOISE) POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
05	RUBAN A MESURER [POUR CIRCONFERENCE] Brassard pour Perimetre bracad	1	2	3			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
07	STETHOSCOPE OBSTETRICAL	1 → b	2 → b	3	1	2	8
10	SOURCE D'ECLAIRAGE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3	1	2	8

11	PAIRE DE CISEAUX DROITS	1 → b	2 → b	3	1	2	8
12	PAIRE DE CISEAUX COURBES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
13	PAIRE DE PINCES AVEC GRIFFES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
14	PAIRE DE PINCES SANS GRIFFE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
15	POIRE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
16	HARICOTS	1 → b	2 → b	3	1	2	8
17	PLATEAUX RECTANGULAIRES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
18	RECHAUD A GAZ	1 → b	2 → b	3	1	2	8
19	LAMPE A GAZ	1 → b	2 → b	3	1	2	8
20	MINUTEUR	1 → b	2 → b	3	1	2	8
21	POISSONNIERE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
22	BOITES A INSTRUMENTS METALLIQUES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
23	BASSIN DE LIT	1 → b	2 → b	3	1	2	8
24	SEAUX POUBELLE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
25	BOUILLIRES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
26	BASSINES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
27	REGISTRES GRAND FORMAT maternite	1	2	3			
28	REGISTRES GRAND FORMAT PF	1	2	3			
29	REGISTRES GRAND FORMAT IEC	1	2	3			
30	REGISTRES GRAND FORMAT CPC	1	2	3			
31	REGISTRES GRAND FORMAT SPC	1	2	3			
32	FICHES DE STOCK/Cahiers de stock	1	2	3			
33	materials de demonstration culinaires	1 → b	2 → b	3	1	2	8
34	PAIRES DE GANTS PROPRES	1	2	3			
35	BALAI	1 → b	2 → b	3	1	2	8
36	BROSSES A ONGLET	1 → b	2 → b	3	1	2	8

SALLE DE CONSULTATION

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

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

LIEU D'ATTENTE

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

SECTION 8: DIAGNONSTIC

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

SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

900	VERIFIEZ Q210 EXISTENCE DE STOCKS DE MEDICAMENTS DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE STOCKS DE MEDICAMENTS <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←
-----	--	--

SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

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

ANTIBIOTIQUES

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

MEDICAMENTS DEPARASITANTS

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

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

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

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

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

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

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

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

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

MATERIELS

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

SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

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

CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

922	OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES	YES	NO
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT AU-DESSUS DU SOL?	1	2
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?	1	2
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?	1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. 2 NON. 3	
924	Quel est le système mis en place dans cette structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui? DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVAVRE SYSTÈME	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEM 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QUO2 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 6 (SPECIFIER)	

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS (Strategies avancees)

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

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

1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de m de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre structure, et si oui, comb de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.		
	SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (STRATEGIE AVANCEE:Point de Vaccination)	(a)	(b)
	(UTILISER MOIS 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Nombre de jours de vaccination organisee)Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>
02	Vaccination Polio	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>
03	Vaccination Rougeole	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>
04	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>
04A	Vaccination Fievre Jaune	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>

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

1100	VERIFIEZ Q102.62 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) ←						
DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.							
1101	S'il vous plaît, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette structure, et le nombre de jours par mois dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOUR DANS LA COMMUNAUTE				
01	Suivi de la croissance de l'enfant	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>				
1102	Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI 1 NON..... 2 → 1104					
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2					
1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250g)	1 → b	2 → b	3 <input type="checkbox"/> 02 ←	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100g)	1 → b	2 → b	3 <input type="checkbox"/> 03 ←	1	2	8
03	TOISE	1 → b	2 → b	3 <input type="checkbox"/> 04 ←	1	2	8
04	RUBAN DE MESURE POUR LA CIRCONFERENCE	1	2	3			
05	COURBES DE CROISSANCE	1	2	3			
REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.							

SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

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

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

PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES. 11</p> <p>PAS VISITE AVANT 31</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SECTION SUIVANTE/SERVICE</p> 	
1251	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</p>	OBSERVÉ		RAPPORTÉ PAS VU
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1052	<p>DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p>	<p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ</p> <p style="padding-left: 20px;">AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p style="padding-left: 20px;">INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT. 3</p> <p style="padding-left: 20px;">PAS D'INTIMITÉ. 4</p>		
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	VERIFIEZ Q102.04	Fourniture de services pour la PF <input type="checkbox"/>	Pas de fourniture de services pour la PF <input type="checkbox"/>	
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←				
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LA PF. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.				
1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/>		
1302	Est-ce que cette structure fournit (c'est-à-dire, stocke les produits ou bien prescrit, conseille ou réfère les clientes pour l'u des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFÈRE	NON
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (SUIVI DU CYCLE PAR LA METHODE ABSTINENCE RYTHMIQUE/COLLIER)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE		2	3
1303	Est-ce que les directives nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2		→ 1305
1304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2		→ 1307
1305	Est-ce ce que d'autres directives en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2		→ 1307
1306	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2		
1307	Est-ce qu'il y a des fiches ou des cartes individuelles des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI. 1 NON. 2		→ 1314
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE 1 RAPPORTÉE, PAS VUE 2		

EQUIPEMENTS ET 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
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 02 ↘	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			
09	MODELE POUR DEMONTRER L'UTILISATION DU CONDOM	1	2	3			
1315*	VERIFIEZ Q212 CONTRACEPTIFS PAS STOCKÉS OU STOCKÉS AILLEURS (REPONSE 1 PAS ENGERCLÉ) <input type="checkbox"/>	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REPONSE 1 ENGERCLÉ) <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 STRUCTURE	<input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE	<input type="checkbox"/>			
SECTIONSUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←							
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE CPN DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES CPN. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.							
1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles faites dans cette structure? Strategies avancees UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1413	Est-ce que des directives sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI.	1	NON.	2		→ 1415
1414	Puis-je les voir? ACCEPTABLE SI FAISANT PART DES AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES.	1	RAPPORTÉES, PAS VUES.	2		
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des clientes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénataux, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI.	1	NON.	2		→ 1421
1416	Puis-je les voir?	OBSERVÉS.	1	RAPPORTÉS, PAS VUS.	2		
EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN							
1421	Je voudrais savoir si les matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	(A) DSIPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 ↘	1	2	8
1422	Veillez 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	RAPPORTÉ PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
04	SP / FANSIDARPOUR TRAITEMENT ITTERRMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5	
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.							

SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAU-NES

1600	VERIFIEZ Q102.07 FOUNTURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES	PAS DE FOUNTURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	<input type="checkbox"/> <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'une matrone est présente dans la structure ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI 1 NON 2	

ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

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

EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

1622	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service d'accouchement, et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
03	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 ↘ 04 ↙	1	2	8
04	ASPIRATEUR CATHETER	1 → b	2 → b	3 ↘ 05 ↙	1	2	8
05	ASPIRATEUR POIRE	1 → b	2 → b	3 ↘ 06 ↙	1	2	8
11	PESE-BEBE	1 → b	2 → b	3 ↘ 12 ↙	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE			
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT	1	2	8			
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE	1	2	8			
03	FILS DE LIGATURE POUR CORDON OMBILICAL//CLAMP DE BARE	1	2	8			
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL	1	2	8			

1624	Est-ce que cette structure observe systématiquement les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveaux-nés?	OUI	NON	NSP				
01	Poser le 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				
06	Aspiration à l'aide d'une poire	1	2	8				
07	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2	8				
09	Appliquer de la Tetracycline dans les deux yeux	1	2	8				
10	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance	1	2	8				
11	Donner au nouveau-né le colostrum	1	2	8				
1625	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
		07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5
08	SOLUTION DE BETADINE (SOINS DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5		

PRECAUTIONS DE BASE

1650	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES 11</p> <p>SOINS INFANTILES 13</p> <p>PAS VISITÉ AVANT 31</p>	SECTION SUIVANTE/SERVICE																														
1651	<p>STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>OBSERVED</th> <th>REPORTED, NOT SEEN</th> <th>NOT AVAILABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OBSERVED	REPORTED, NOT SEEN	NOT AVAILABLE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
OBSERVED	REPORTED, NOT SEEN	NOT AVAILABLE																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1652	<p>DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE</p>	<p>SALLE SEPARÉE. 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ. 4</p>																															
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>																																	

SECTION 17: PALUDISME

1700	VERIFIEZ Q102.08: FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE 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 structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins toujours ou parfois seulement?	TOUJOURS 1 PARFOIS SEULEMENT 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF 1 AUTRES _____ 2 PRECISER	
1708	Est-ce que vous possédez d'un manuel de formation, une affiche ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affiche ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme?	OUI 1 NON 2	
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←			
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←			
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	VERIFIEZ Q102.09 FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST 	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST  SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←
------	--	---

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

SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP
01	Sur les IST	1	2	3	8
02	sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
03	sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
04	Posters sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3	8
05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3	8
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
08	INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI	1	2	3	8
09	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
10	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
11	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
12	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8

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

SECTION 19: TUBERCULOSE

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

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

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

HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW

REMERCIEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDRO 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: _____