

ÉVALUATION D'IMPACT DU FINANCEMENT BASÉ SUR LES RESULTATS - SANTÉ



RCA

Ministère de la santé publique de la population et de la
lutte contre le SIDA
2012

IDENTIFICATION

NUMÉRO DU QUESTIONNAIRE (Réservé à la Saisie)

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX FORMATIONS SANITAIRES F1: QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES FOSA

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Région:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Prefecture				Sous-prefecture					
District de Santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Quartier/ Village	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Niveau de la Formation sanitaire:	Hopital	1				NOM DE LA FORMATION SANITAIRE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Centre de Santé	2	<input type="text"/>			CODE DE LA FORMATION SANITAIRE :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Poste de Santé	3									

COORDONNÉES GPS DE LA FORMATION SANITAIRE

LATITUDE (NORD):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LONGITUDE (EST):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EMPLACEMENT	URBAIN	1	<input type="text"/>							
	RURAL	2	<input type="text"/>							

VISITES DES FORMATIONS SANITAIRES

NOM DE L'ENQUÊTEUR:	<input type="text"/>	CODE ENQUÊTEUR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Visite	JOUR	MOIS	ANNÉE	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Résultat de l'interview:	<input type="text"/>			
ENTIÈREMENT REMPLI	1	PARTIELLEMENT REMPLI	2	
LE RESPONSABLE A REFUSÉ L'ENTREVUE	3	LE RESPONSABLE EST ABSENT (LE PERSONNEL PRESENT N'EST PAS AUTORISÉ)	4	
LA FORMATION SANITAIRE EST VIDE (AUCUN MEMBRE DU PERSONNEL N'EST PRESENT)	5	AUTRE, PRÉCISER: _____	7	

LANGUE UTILISÉE

... PAR	<input type="text"/>	FRANÇAIS	1	... PAR LA	<input type="text"/>
L'ENQUÊTEUR ?		SANGO	2	PERSONNE	
				INTERVIEWÉE	

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, À RECUEILLIR AVANT LE DÉBUT DE L'ENTREVUE

L'ENQUÊTEUR DIT: Salut! Je m'appelle _____, je travaille au Ministère de la santé. Le Ministère de la santé nous a demandé de mener une étude portant sur les formations sanitaires en RCA. Aujourd'hui, nous allons nous entretenir avec le personnel des formations sanitaires, leurs responsables et les patients. Nous voulons déterminer le niveau général et la qualité des prestations de service dans les formations sanitaires de la RCA. Si vous acceptez de prendre part à cet exercice, votre confidentialité sera sauvegardée. Vous avez le droit de refuser de prendre part aux entrevues, soit au début, soit à n'importe quelle étape du processus. Toutefois, les informations que vous allez fournir sont d'une importance capitale pour le Ministère de la santé qui s'en servira dans l'amélioration des services de santé en RCA. Voulez-vous prendre part à l'enquête aujourd'hui?

OUI	1	<input type="text"/>
NON	2	<input type="text"/>

VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE PAR LE SUPERVISEUR

NOM :	<input type="text"/>	CODE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JOUR	MOIS	ANNÉE
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPÉRATEUR DE SAISIE DE DONNÉES

NOM :	<input type="text"/>	CODE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JOUR	MOIS	ANNÉE
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Informations générales			
(A) General			INSCRIRE LES REponses
PERSONNE INTERROGÉE : RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU SON ASSISTANT S'IL EST ABSENT OU INDISPONIBLE.			
(1,01)	Êtes-vous responsable de cette formation sanitaire aujourd'hui?	OUI 1 ► (1,03) NON 2	
(1,02)	Êtes-vous autorisé (e) à représenter cette formation sanitaire?	OUI 1 NON 2	
(1,03)	Quel poste occupez-vous dans cette formation sanitaire?	Chef de la formation sanitaire 1 Adjoint au Chef de centre 2 Médecin 3 Chirurgien-Dentiste 4 Technicien Supérieur de la Santé 5 Surveillant Général 6 Chef Unité PEV 7 Responsable Hygiène et Assainissement 8 Major - Pédiatrie 9 Major - Maternité 10 Major - Médecine Interne 11 Major - Bloc opératoire 12 Major - Chirurgie 13 Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) 14 Technicien Supérieur en Anesthésie et Réanimation 15 Infirmier Accoucheur Diplômés d'Etat 16 Responsable santé maternelle et infantile/PF 17 Puéricultrice 18 Technicien en Laboratoire 19 Préparateur en Pharmacie 20 TSS option Odontostomatologie 21 TSS option ORL 22 Technicien de Maintenance 23 Techniciens Adjoints de Laboratoire 24 Penseur 25 Instrumentaliste 26 Agents de santé communautaire (Matrone, secouriste) 27 Responsable des consultations externes 28 Autre, préciser : _____ 97	
(1,04)	Cette formation sanitaire est-elle un Hôpital Régional, Hôpital Préfectoral, Hôpital de District, un Centre de Santé ou Poste de santé?	Hôpital régional 1 Hôpital Préfectoral 2 Hôpital de District 3 Centre de santé 4 Centre de Santé privé confessionnel 5 Centre de Santé privé à but lucratif 6 Un poste de santé public 7 Un poste de santé privé confessionnel 8 Un poste de santé privé à but lucratif 9 Autre, préciser : _____ 10	


(1,05)	Qui est le propriétaire de cette formation sanitaire?	Gouvernement 1 Organisation privée à but lucratif 2 Organisation Non Gouvernementale 3 Mission / Organisation religieuse 4 Militaire 5 Autre, préciser : _____ 7	
(1,06)	En quelle année cette formation sanitaire a-t-elle été mise en service? ENQUÊTEUR : UTILISER CE FORMAT POUR L'ANNÉE AAAA (EX 1941).		_ _ _ _
(1,07)	Quand a eu lieu le dernier investissement de grande importance dans l'infrastructure? ENQUÊTEUR : INSCRIRE MOIS ET ANNÉE. IL S'AGIT ENTRE AUTRES DE GRANDS TRAVAUX DE PEINTURE, PLOMBERIE, AGRANDISSEMENT DU BÂTIMENT, ETC.	a. MOIS "MM" b. ANNÉE "AAAA" SI L'INVESTISSEMENT S'EST ÉTENDU SUR PLUS D'UN AN, NOTER JUSTE L'ANNÉE LA PLUS RÉCENTE	
(1,08)	Cette FOSA fournit-elle des soins à toute heure? C'est-à-dire 24 heures sur 24?	OUI, OFFICIELLEMENT 1 ► (1,11)	
		OUI, DE MANIÈRE INFORMELLE / DANS LA PRATIQUE 2 ► (1,11)	
		NON 3	
(1,09)	À quel moment de la journée commencez-vous les soins aux malades externes? ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT UTILISÉ DANS L'ARMÉE. EX SI LE DÉBUT C'EST 7h, INSCRIRE 0700. SI C'EST 19 heures, INSCRIRE 1900.	a. Jours de la semaine	
		b. Samedi	
		c. Dimanche	
		d. Jours fériés	
(1,10)	À quelle heure prennent fin les soins aux malades externes? ENQUÊTEUR : INSCRIRE PARTOUT SELON LE FORMAT DE L'ARMÉE EX SI LA FIN C'EST 7 HEURES, NOTER 0700. SI LA FIN C'EST 19 HEURES, NOTER 1900.	a. Jours de la semaine	
		b. Samedi	
		c. Dimanche	
		d. Jours fériés	
		e. 24 heures/24 tous les jours	
(1,11)	Quels sont les jours pendant lesquels la formation sanitaire offre des services de soins prénatals et pendant combien d'heures ? ENQUÊTEUR : POUR CHACUN DES JOURS, INSCRIRE LE NOMBRE D'HEURES PENDANT LESQUELLES CE SERVICE EST OFFERT. SI CE SERVICE N'EST PAS OFFERT, INSCRIRE "00".	a. Lundi	
		b. Mardi	
		c. Mercredi	
		d. Jeudi	
		e. Vendredi	
		f. Samedi	
		g. Dimanche	
(1,12)	Quels sont les jours pendant lesquels la formation sanitaire offre des soins pour les enfants âgés de moins de cinq (5) ans? Pendant combien d'heures ? ENQUÊTEUR : POUR CHACUN DES JOURS, INSCRIRE LE NOMBRE D'HEURES PENDANT LESQUELLES CE SERVICE EST OFFERT. SI CE SERVICE N'EST PAS OFFERT, INSCRIRE "00".	a. Lundi	
		b. Mardi	
		c. Mercredi	
		d. Jeudi	
		e. Vendredi	
		f. Samedi	
		g. Dimanche	
(1,13)	Quelle est la distance entre votre formation sanitaire et l'autre formation sanitaire d'un niveau supérieur la plus proche? Combien des kilomètres en allée simple?	KILOMETRES	



(1,14)	<p>Citer les quatre principales sources de financement ou de revenus (entrées en argent liquide) de cette formation sanitaire?</p> <p>ENQUÊTEUR : NE LISEZ PAS LES OPTIONS. POUR CHACUNE DES 4 SOURCES DE FINANCEMENT CITÉES PAR LE SUJET INTERROGÉ (SEULEMENT 4), INSCRIRE "1" DANS LA LIGNE CORRESPONDANTE. POUR TOUTES LES SOURCES DE FINANCEMENT QUE LE SUJET INTERROGÉ NE CITERA PAS PARMI LES QUATRE PRINCIPALES SOURCES, INSCRIRE "2". Aucune case ne doit être laissée vide.</p>	<p>a. MINISTÈRE DE LA SANTÉ (Salaires beaucoup plus)</p> <p>b. FRAIS DES PRESTATIONS</p> <p>c. VENTE DES MÉDICAMENTS</p> <p>d. ORGANISATIONS CONFESIONNELLES</p> <p>e. SOCIÉTÉ PRIVÉE</p> <p>f. DONATEUR</p> <p>g. VERSEMENTS D'UNE ASSURANCE MALADIE</p> <p>h. AUTRE, PRÉCISER : _____</p>	
(1,15)	<p>Quel montant avez-vous reçu de chacune des sources suivantes en 2011 en FCFA?</p> <p>ENQUÊTEUR : Pour chaque source, pas seulement les 4 principales, INSCRIRE le montant reçu en FCFA. S'il est de zéro francs, INSCRIRE "0000".</p>	<p>a. MINISTÈRE DE LA SANTÉ (Salaires beaucoup plus)</p> <p>b. FRAIS DES PRESTATIONS</p> <p>c. VENTE DES MÉDICAMENTS</p> <p>d. ORGANISATIONS CONFESIONNELLES</p> <p>e. SOCIÉTÉ PRIVÉE</p> <p>f. DONATEUR</p> <p>g. VERSEMENTS D'UNE ASSURANCE MALADIE</p> <p>h. Collectivités locales (Communauté)</p> <p>i. AUTRE, PRÉCISER: _____</p>	
(1,16)	Montant total reçu en FCFA (ENQUÊTEUR : Confirmer)		
(1,17)	ENQUÊTEUR : SOURCES D'INFORMATION consultées pour obtenir le montant du budget	<p>a. Comptes officiels</p> <p>b. Dossiers de la formation sanitaire (Cartons, ...)</p> <p>c. AUCUNE SOURCE: RAPPORT ORAL</p> <p>d. AUTRE, PRÉCISER: _____</p>	
(1,18)	Pouvez vous nous dire si la formation sanitaire a versé des primes de rendement ou un salaire supplémentaire au personnel en 2011, en plus du salaire / allocations régulières?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 ► (1,22)</p>	
(1,20)	Quel montant total la formation sanitaire a-t-elle payé au titre de primes de rendement ou de supplément de salaire au personnel en 2010. En FCFA?	FCFA	
(1,21)	ENQUÊTEUR : SOURCES D'INFORMATION consultées pour obtenir le montant des dépenses	<p>a. SYSTÈME DE CONTRÔLE DU FBR</p> <p>b. AUTRES DOCUMENTS DE LA FORMATION SANITAIRE</p> <p>c. AUCUNE SOURCE: RAPPORT ORAL</p> <p>d. AUTRE, PRÉCISER: _____</p>	
(1,22)	Quelle est la principale source d'électricité?	<p>ENERCA 1</p> <p>Groupe électrogène 2</p> <p>Solaire 3</p> <p>Aucune source d'électricité 4</p> <p>AUTRE, PRÉCISER: _____ 7</p>	
(1,23)	Y a-t-il eu des coupures de courant électrique au cours des 7 derniers jours?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 ► (1,25)</p>	
(1,24)	Pendant combien d'heures n'avez-vous pas eu de courant électrique pendant les 7 derniers jours?	MAXIMUM 168 heures	

(1,25)	Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau?	Canalisation jusque dans l'enceinte du centre de santé	01	
		Canalisation dans la cour / parcelle occupée	02	
		Robinet public / borne fontaine	03	
		Puits protégé	04	
		Puits non protégé	05	
		Source protégée	06	
		Source non protégée	07	
		Eau de pluie	08	
		Camion citerne à eau/ vendeur	09	
		Forage	10	
		Eau superficielle (lac, rivière ou ruisseau)	11 ► (1,29)	
		eau embouteillée	12 ► (1,27)	
AUTRE, PRÉCISER: _____		97		
(1,26)	Cette source principale d'approvisionnement est-elle utilisée seulement par la formation sanitaire ou est-elle partagée avec d'autres usagers?	LA FORMATION SANITAIRE SEULE	1	
		PARTAGÉE	2	
(1,27)	Pendant les 7 derniers jours, y-a-t-il eu manque d'eau dans la formation sanitaire?	OUI	1	
		NON	2 ► (1,29)	
(1,28)	Pendant les 7 derniers jours, pendant combien d'heures y-a-t-il eu manque d'eau dans la formation sanitaire?	MAXIMUM 168 heures		
(1,29)	Combien de temps cela prend-il pour aller chercher de l'eau de la source principale à la formation sanitaire à pied, en allée simple et estimer en minutes? S'il y-a de L'EAU DISPONIBLE DANS LA FORMATION SANITAIRE, NOTER "0".	minutes		
(1,30)	La formation sanitaire dispose-t-elle d'une Radio Codan opérationnelle?	OUI	1	
		NON	2	
(1,31)	La formation sanitaire dispose-t-elle d'une ligne téléphonique, qu'il s'agisse d'un téléphone fixe ou portable?	OUI, fixe	1 ► (1,34)	
		OUI, PORTABLE	2 ► (1,34)	
		Oui, les deux	3 ► (1,34)	
		NON	4	
(1,32)	INTERVIEWEUR: SEULEMENT SI réponse (1,31) ETAIT NON: Y a-t-il des services téléphoniques disponibles dans la communauté en dehors du téléphone du personnel que le personnel de la formation sanitaire peut utiliser, si nécessaire?	OUI	1	
		NON	2 ► (1,36)	
(1,33)	Combien de temps faut-il pour accéder à ces services téléphoniques?	minutes		
(1,34)	Pendant les 7 derniers jours, la formation sanitaire a-t-elle été coupée de tout service téléphonique, soit par téléphone fixe ou portable?	OUI	1	
		NON	2 ► (1,36)	
(1,35)	Pendant combien d'heures la formation sanitaire a été coupée du téléphone au cours des 7 derniers jours?	MAXIMUM 168 heures		
(1,36)	Y'a-t-il quelqu'un parmi le personnel médical de la formation sanitaire qui possède un téléphone portable?	OUI	1	
		NON	2	
(1,37)	Cette formation sanitaire réfère-t-elle les patients vers d'autres formations sanitaires?	OUI	1	
		NON	2 ► (1,40)	
(1,38)	Où est-ce que la formation sanitaire réfère-t-elle pour les cas suivants: ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Pour chaque option, INSCRIRE les codes suivants: Hôpital de niveau Central.....1 Hôpital Régional2 Hôpital Préfectoral/District ... 3 Centre de santé.....4 Centre de santé privé confessionnel.....5 Ne réfère pas7	a. Tests de laboratoire		
		b. Radiologie/ imagerie médicale		
		c. Malade hospitalisé		
		d. Chirurgie		
		e. Accouchement sans complication		
		f. Urgences obstétricales		
		g. Soins spécialisés		
		h. AUTRE, PRÉCISER:		



(1,39)	Quelle distance sépare cette formation sanitaire de la formation sanitaire de référence en allée simple et estimée en kilomètres?	KILOMETRES	
(1,40)	La formation sanitaire dispose-t-elle d'un moyen de transport (pour transporter les patients ou les transférer vers la formation sanitaire de référence)?	OUI 1 NON 2 ► (1,44)	
(1,41)	La formation sanitaire a accès à combien de [véhicules] de travail? ENQUÊTEUR : LIRE LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Pour chaque option, INSCRIRE LE NOMBRE DE VÉHICULES TRAVAIL DISPONIBLES. S'il est de zéro, INSCRIRE 00. POSSEDE signifie propriété de la formation sanitaire ou de l'individu. Ne tenir compte que des [véhicules] disponibles ou utilisés pendant le passage des enquêteurs	a. Ambulance, propriété de la formation sanitaire b. Véhicules privés loués à temps plein c. Véhicules privés loués à temps partiel d. Autre véhicule que possède la formation sanitaire e. Ambulance, propriété d'une autre formation sanitaire f. Les véhicules privés obtenus à la demande g. Moto, propriété de la formation sanitaire h. Motos louées i. Vélo, propriété de la formation sanitaire j. Pirogue k. Charriot l. AUTRE, PRÉCISER : _____	
(1,42)	Pendant les 7 derniers jours, y'a-t-il eu des moments où aucun moyen de transport n'était disponible pour les patients?	OUI 1 NON 2 ► (1,44)	
(1,43)	Pendant combien de jours les moyens de transport n'ont-ils pas été disponibles durant les 7 derniers jours?	Maximum de 7 jours	
(1,44)	La formation sanitaire possède-t-elle un ordinateur opérationnel?	OUI 1 NON 2	
(B)	Précautions universelles		INSCRIRE LES REPONSES
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU SON ASSISTANT S'IL EST ABSENT OU INDISPONIBLE.			
(1,45)	La formation sanitaire possède-t-elle une salle de consultation pour les malades externes?	OUI, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3 ► (1,49)	
(1,46)	Cette pièce est-elle équipée d'une boîte de sécurité ou d'un boîte fermée pour jeter les objets tranchants déjà utilisés?	OUI 1 OUI, pas vu 2 NON 3	
(1,47)	Y a-t-il dans la salle des affiches sur les étapes de la procédure de décontamination?	OUI 1 OUI, pas vu 2 NON 3	
(1,48)	Dans la salle, y a-t-il un lavabo avec une source d'eau et du savon?	OUI 1 OUI, pas vu 2 NON 3	
(1,49)	Quel désinfectant (s) sont utilisés dans la formation sanitaire?	Chlorhexidine 1 Dakin 2 Eau de javel (Hypochlorite de Sodium/Chlorine solution/JIK solution) 3 Alcool 4 AUTRE, PRÉCISER : _____ 7	
(1,50)	Au cours des 30 derniers jours, y a-t-il eu rupture de stock de désinfectant (s) dans la formation sanitaire?	OUI 1 NON 2 ► (1,52)	
(1,51)	Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours y a-t-il eu rupture de stock de désinfectant (s) dans la formation sanitaire? [INSCRIRE '00' SI PAS DE RUPTURE DE STOCK]	jours	
(1,52)	Y a-t-il un incinérateur fonctionnel pour l'élimination des déchets médicaux?	OUI, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	

(1,53)	Quelle est la procédure utilisée pour décontaminer les équipements médicaux après l'utilisation initiale? ENQUÊTEUR : NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Une seule réponse est valable. S'il y a plusieurs techniques de décontamination, INSCRIRE la plus courante.	TREMPES dans une solution désinfectante, puis brossés et frottés avec du savon + EAU 01	
		BROSSES avec du savon et de l'eau, puis trempés dans une solution désinfectante 02	
		BROSSES uniquement avec du savon et de l'eau 03	
		TREMPES seulement dans une solution désinfectante 04	
		NETTOYES avec de l'eau et du savon 05	
		ÉQUIPEMENTS JAMAIS DÉCONTAMINÉS 06	
		ÉQUIPEMENTS jamais réutilisés 07 ► (1,55)	
		AUTRE, PRÉCISER : _____ 97	
(1,54)	Quelle est la procédure utilisée pour la stérilisation de l'équipement médical avant réutilisation? ENQUÊTEUR : NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Une seule réponse est valable. S'il y a PLUSIEURS techniques de stérilisation, noter la plus utilisée.	STÉRILISATION en chaleur sèche 01	
		En autoclave 02	
		ÉBULLITION 03	
		Stérilisation à la vapeur 04	
		Méthode chimique 05	
		Traités à l'extérieur de la formation sanitaire 06	
		Flambage 07	
		Poupinel 08	
		AUCUNE 09	
		AUTRE, PRÉCISER: _____ 97	
(1,55)	Le protocole de stérilisation du matériel est-il affiché?	AFFICHÉ 1	
		PAS AFFICHÉ 2	
(1,56)	Y a t-il des dispositions prévues pour l'élimination des déchets bio médicaux?	OUI 1	
		NON 2 ► (2,01)	
(1,57)	Comment les déchets biomédicaux sont-ils éliminés? ENQUÊTEUR : NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Une seule réponse est valable. S'il y a plusieurs MÉTHODES D'ÉLIMINATION DES DÉCHETS, INSCRIRE la plus utilisée.	ENTERRÉS EN FOSSE 1	
		BRULÉS/INCINERES 2	
		JETES DEHORS 3	
		SOUS TRAITANCE 4	
		AUTRE, PRÉCISER: _____ 7	


(2)	Administration et gestion	INSCRIRE LES REponses
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU SON ASSISTANT S'IL EST ABSENT OU INDISPONIBLE.		
(2,01)	Y a-t-il un Comité de Gestion pour cette formation sanitaire ?	OUI 1 NON 2 ► (2,08)
(2,02)	Combien de membres siègent à ce comité?	
(2,03)	Les personnes suivantes sont-elles représentées à ce comité?  ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Pour chaque option, INSCRIRE "1" si OUI, "2" SI NON.	a. Maire(s) de(s) la commune(s) / chef de village b. Responsable de la formation sanitaire c. Gestionnaire de la formation sanitaire d. Surveillant général de la formation sanitaire e. Représentant(s) du personnel de la formation sanitaire f. Représentant(s) de la communauté g. Personnels d'Organisation Non Gouvernementale h. Représentant du laïc/confessionnel i. AUTRE, PRÉCISER : _____
(2,04)	Au cours des 12 derniers mois, combien de réunions du comité de gestion de la formation sanitaire ont été tenues?	
(2,05)	La formation sanitaire possède-t-elle des documents écrits des réunions du comité de gestion (minutes, décisions, etc)?	OUI 1 NON 2
(2,06)	Quelles initiatives ont été prises par le comité de gestion de la formation sanitaire et mis en œuvre au cours des 12 derniers mois? NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. Pour chaque option, INSCRIRE "1" si mentionné, ET "2" si rien n'est indiqué.	a. SOUTIEN ADMINISTRATIF A LA FORMATION SANITAIRE, PAR EXEMPLE APPROUVER LES PAIEMENTS b. FOURNITURE DU MATÉRIEL OU DES ÉQUIPEMENTS NOUVEAUX c. NOUVELLES INFRASTRUCTURES d. TRAVAUX DE RÉPARATIONS e. APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS f. ACTION DE SENSIBILISATION / MOBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ À L'UTILISATION DES SERVICES DE LA FORMATION SANITAIRE g. AIDER À TRANSPORTER LE PERSONNEL POUR LES VISITES À DOMICILE h. DONS EN NATURE i. AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ DE LA FORMATION SANITAIRE j. QUALITÉ DE L'EAU AMÉLIORÉE k. AUGMENTER LA QUANTITÉ D'UNE EAU DE QUALITÉ A LA FOSA l. APPUI À LA FORMATION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES m. APPUI AUX ÉQUIPES MOBILES n. VERIFICATION DES PERFORMANCES DE LA FORMATION SANITAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE o. ASSAINISSEMENT DE L'ENVIRONNEMENT (EXPLE: DESTRUCTION DES GÎTES LARVAIRES) p. PULVÉRISATION À EFFET RÉMANENT DANS LES DOMICILES q. DÉPISTAGE DES MALADIES

		r. RAPPORT ET COLLECTE DES DONNÉES RELATIVES AUX ACTIVITÉS DU FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS s. CONCEPTION DU SCHÉMA DE FINANCEMENT AXÉ SUR LES RÉSULTATS t. PARTICIPATION À LA FORMATION ET À LA SENSIBILISATION PORTANT SUR LE PROJET DE FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS u. AUTRE, PRÉCISER: _____	
(2,07)	Le budget de la formation sanitaire pour l'exercice en cours a-t-il été élaboré? Demandez à voir le document de BUDGET.	Oui, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	
(2,08)	Le plan de travail annuel (PTA) de la formation sanitaire pour l'exercice en cours a-t-il été élaboré? Demandez à voir le plan de travail annuel.	Oui, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3 ► (2,11)	
(2,09)	Qui sont ceux qui ont pris part à son élaboration?  LIRE TOUTES LES OPTIONS A HAUTE VOIX. Pour chaque option, INSCRIRE "1" SI OUI, "2" SI NON.	a. Chef de la formation sanitaire b. Sous-Prefet c. Maire(s)/chef de village d. Personnel(s) de la formation sanitaire e. Personnel(s) d'Organisation Non Gouvernementale f. Membre equipe cadre de district/Prefecture g. Agent de santé communautaire h. Membres de la communauté i. Représentant du sous-secteur privé laïc/confessionnel j. AUTRE, PRÉCISER: _____	
(2,10)	Les activités de santé prioritaires sont-elles identifiées dans ce plan de travail pour l'année budgétaire en cours?	OUI 1 NON 2 ► (2,12)	
(2,11)	Maintenant, je vais vous lire une liste de services. Pour chaque service, vous me direz s'il est prioritaire ou non pour l'année budgétaire en cours. LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, METTRE "1" SI OUI / PRIORITÉ ", 2" SI NON / PAS UNE PRIORITÉ. 	a. Soins prénataux b. l'Accouchement assisté par un personnel qualifié c. Soins post partum/ consultation post-natale d. Vaccination e. Consultations curatives f. La planification familiale g. Nutrition h. Prise en charge des maladies de l'enfant i. Paludisme j. Tuberculose k. VIH / Sida l. Promotion et suivi de la santé m. AUTRE, PRÉCISER: _____	
(2,12)	Combien de réunions du personnel de la formation sanitaire ont eu lieu au cours des <u>3 derniers mois</u> ?		

(2,13)	Existe-t-il un document écrit décrivant les fonctions du personnel de la formation sanitaire?	Tous ont des descriptions de fonctions 1 Certains ont des descriptions de fonctions 2 Personne n'a de description de fonctions 3	
(2,14)	Au cours des 3 derniers mois, combien de visites ont été faites par un représentant de niveau central, de niveau régional de district/prefectoral dans le cadre de la supervision ou de l'appui technique? Si c'est zéro visite, INSCRIRE "0".		
(2,15)	Au cours des 3 derniers mois, combien de visites ont été faites par un donateur dans le cadre de la supervision ou de l'appui technique? Si c'est zéro, INSCRIRE "0".		
(2,16)	Au cours des 3 derniers mois, combien de visites ont été faites par cette formation sanitaire aux agents communautaires dans le cadre de la supervision ou de l'appui technique? Si c'est zéro, INSCRIRE "0".		
NB : la période pendant laquelle le sujet interrogé doit faire appel à sa mémoire est maintenant de 12 MOIS			
(2,17)	Pendant les 12 derniers mois, combien de fois le rendement du personnel a-t-il été évalué <u>en interne</u> , c'est à dire par des personnes au sein de la formation sanitaire?	SI ZÉRO ► (2,19)	
(2,18)	Le résultat de cette évaluation interne du rendement du personnel influence-t-il les salaires du personnel ou un salaire au rendement?	OUI 1 NON 2	
(2,19)	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois la performance du personnel a-t-elle été évaluée en externe, c'est à dire par des personnes extérieures à la formation sanitaire, par exemple, l'équipe du niveau centrale, l'équipe cadre de la région et de la préfecture/district ?	SI ZÉRO ► (2,21)	
(2,20)	Le résultat de cette évaluation du rendement du personnel influence-t-il les salaires du personnel ou un salaire au rendement?	OUI 1 NON 2	
(2,21)	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois le rendement général de la formation sanitaire a-t-il été évalué en externe, c'est à dire par des personnes étrangères à la formation sanitaire?	SI ZÉRO ► (2,23)	
(2,22)	Le résultat de l'évaluation de la performance extérieure de la formation sanitaire influence-t-il son financement?	OUI 1 NON 2	
(2,23)	La formation sanitaire recueille-t-elle des informations sur l'opinion des patients au moyen de sondages, plaintes / boîte à suggestions ou une autre méthode?	OUI 1 NON 2 ► (3,01)	
(2,24)	Y a-t-il un mécanisme officiel pour informer le personnel sur l'opinion des patients?	OUI 1 NON 2	
(2,25)	Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des changements résultants des points de vue des patients?	OUI 1 NON 2	

(3)	Ressources humaines		
PERSONNE INTERROGÉE: Responsable des ressources humaines, Chef de la formation sanitaire ou le membre du personnel le mieux informé			
(A)	Gestion des ressources humaines	INSCRIRE LES REPONSES	
(3,01)	Qui a le pouvoir d'embaucher du nouveau personnel? LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a. Chef de la formation sanitaire	
		b. Equipe cadre de district/prefecture	
		c. Administration centrale (Ministere de la fonction publique)	
		d. Administration locale	
		e. Organisation Non Gouvernementale	
		f. Autorité religieuse	
		g. Membres de la communauté	
		h. Comité de Gestion	
		i. AUTRE, PRÉCISER: _____	
(3,02)	Qui a le pouvoir de licencier le personnel? LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON. 	a. Chef de la formation sanitaire	
		b. Equipe cadre de district/prefecture	
		c. Administration centrale (Ministere de la fonction publique)	
		d. Administration locale	
		e. Organisation Non Gouvernementale	
		f. Autorité religieuse	
		g. Membres de la communauté	
		h. Comité de Gestion	
		i. AUTRE, PRÉCISER: _____	
(3,03)	Qui a le pouvoir de déterminer la rémunération du personnel?  LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a. Chef de la formation sanitaire	
		b. Equipe cadre de district/prefecture	
		c. Administration centrale (Ministere de la fonction publique)	
		d. Administration locale	
		e. Organisation Non Gouvernementale	
		f. Autorité religieuse	
		g. Membres de la communauté	
		h. Comité de Gestion	
		i. AUTRE, PRÉCISER: _____	

POUR CHAQUE TYPE DE POSTE CI-DESSOUS, POSER DES QUESTIONS (3,04) à (3,06). SI ZERO, NOTER 0						
			(3,04)	(3,05)	(3,06)	
	NATURE DU POSTE	Code de pose	Combien de postes autorisés sont-ils disponibles au sein de la formation sanitaire pour [NATURE DU POSTE] ?	Combien de postes autorisés pour [NATURE DU POSTE] sont actuellement occupés?	Au cours des 12 derniers mois, combien de [NATURE DU POSTE] ont-ils définitivement quitté la formation sanitaire?	
1	Chef de la formation sanitaire	a.				
2	Médecin	b.				
3	Chirurgien-Dentiste	c.				
4	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	d.				
5	Surveillant Général	e.				
6	Responsable de la santé maternelle et infantile/PF	f.				
7	Chef Unité PEV	g.				
8	Responsable Hygiène et Assainissement	h.				
9	Major - Pédiatrie	i.				
10	Major - Maternité	j.				
11	Major - Médecine Interne	k.				
12	Major - Bloc opératoire	l.				
13	Major - Chirurgie	m.				
14	Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	n.				
15	Technicien Supérieur en Anesthésie et réanimation	o.				
16	Infirmier Accoucheur Diplômé d'Etat	p.				
17	Puéricultrice	q.				
18	TS de laboratoire	r.				
19	Préparateur de pharmacie	s.				
20	TSS option Odontostomatologie	t.				
21	TSS option ORL	u.				
22	Technicien de Maintenance	v.				
23	Techniciens Adjoints de Laboratoire	w.				
24	Penseur	x.				
25	Instrumentaliste	y.				
26	Adjoint au Chef de Centre	z.				
27	Secrétaire	aa.				
28	Chauffeur	ab.				
29	Mécanicien	ac.				
30	Planton	ad.				
31	Gestionnaire	ae.				
32	Travailleur social	af.				

33	Agent d'entretien	ag.					
34	Morguier	ah.					
35	Gardien	ai.					
36	AUTRE, PRÉCISER: _____	aj.					
(B)	Agent de santé communautaire					INSCRIRE LES RÉPONSES	
(3,07)	Cette formation sanitaire couvre combien de villages?						
(3,08)	L'aire sanitaire de cette formation sanitaire dispose-t-elle d'agents de santé communautaires actifs (ASC)?	OUI	1				
		NON	2 ► (3,10)				
(3,09)	Combien d'agents de santé communautaires sont actuellement actifs dans cette aire sanitaire?	a. FEMME					
		b. HOMME					
(3,10)	La formation sanitaire a-t-elle un superviseur de santé communautaire désigné?	OUI	1				
		NON	2 ► (4,01)				
(3,11)	Combien de superviseurs des agents de santé communautaire travaillent dans cette formation sanitaire?						
(3,12)	<p>Au cours des 3 derniers mois, le(s) superviseur(s) de santé communautaire ont-il (s) effectué l'une des activités suivantes?</p>  <p>LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX.</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	a.	Participer aux réunions des agents de santé communautaire				
		b.	Superviser les activités des agents de santé communautaires (inspection lors des consultations)				
		c.	Remplacer les trousse de travail des agents de santé communautaire				
		d.	Assurer la formation des agents de santé communautaire				
		e.	Appui à la formation des agents de santé communautaire				
		f.	Recueillir et compiler les rapports mensuels d'activités				
		g.	Promouvoir des programmes de santé spécifiques				
		h.	Organiser le (s) campagne (s) de vaccination				
		i.	AUTRE, PRÉCISER: _____				

(4) Liste du personnel

OBJET: TOUS LES MEMBRES DU PERSONNEL, temporaires ou permanents, clinique ou non, en commençant par le chef de la formation sanitaire
 PERSONNE INTERROGEE: **Responsable de la formation sanitaire ou le membre du personnel le mieux informé**

(4,00)	NOM TOTAL DES PERSONNELS																																																																																																																									
C O D E I D	(4,01) DONNER LA LISTE COMPLÈTE DE TOUT LE PERSONNEL EN SERVICE DANS LA FORMATION SANITAIRE. Pour chaque employé, poser toutes les questions de cette section, puis passer au personnel suivant. S'IL Y A PLUS DE 21 personnes, utiliser un nouveau questionnaire.	(4,02) [nom] est un homme ou une femme?	(4,03) CODE ID DU SUJET INTERROGÉ	(4,04) Quel âge a [NOM]?	(4,05) Quelle est la plus haute qualification académique que [NOM] a obtenu?	(4,06) Quel poste occupe [NOM] au sein de cette formation sanitaire?																																																																																																																				
						<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Cliniques</th> <th colspan="2">Non cliniques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Chef de la formation sanitaire</td> <td>29</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Médecin</td> <td>30</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Chirurgien-Dentiste</td> <td>31</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>Technicien Supérieur en Soins Infirmiers</td> <td>32</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>Surveillant Général</td> <td>33</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>Responsable de la santé maternelle et infantile/</td> <td>34</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>07</td> <td>Chef Unité PEV</td> <td>35</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>08</td> <td>Responsable Hygiène et Assainissement</td> <td>36</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>Major - Pédiatrie</td> <td>37</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Major - Maternité</td> <td>38</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Major - Médecine Interne</td> <td>39</td> <td>▶ (4,08)</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Major - Bloc opératoire</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Major - Chirurgie</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Technicien Supérieur en Anesthésie et réanim:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>Infirmier Accoucheur Diplômé d'Etat</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Puéricultrice</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>TS de laboratoire</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>Préparateur de pharmacie</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>TSS option Odontostomatologie</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>21</td> <td>TSS option ORL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Technicien de Maintenance</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Techniciens Adjoints de Laboratoire</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Penseur</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Instrumentaliste</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Resposable de consultation externe</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Techniciens Adjoints de Laboratoire</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autres cliniques</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Cliniques		Non cliniques		01	Chef de la formation sanitaire	29	▶ (4,08)	02	Médecin	30	▶ (4,08)	03	Chirurgien-Dentiste	31	▶ (4,08)	04	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	32	▶ (4,08)	05	Surveillant Général	33	▶ (4,08)	06	Responsable de la santé maternelle et infantile/	34	▶ (4,08)	07	Chef Unité PEV	35	▶ (4,08)	08	Responsable Hygiène et Assainissement	36	▶ (4,08)	09	Major - Pédiatrie	37	▶ (4,08)	10	Major - Maternité	38	▶ (4,08)	11	Major - Médecine Interne	39	▶ (4,08)	12	Major - Bloc opératoire			13	Major - Chirurgie			14	Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)			15	Technicien Supérieur en Anesthésie et réanim:			16	Infirmier Accoucheur Diplômé d'Etat			17	Puéricultrice			18	TS de laboratoire			19	Préparateur de pharmacie			20	TSS option Odontostomatologie			21	TSS option ORL				Technicien de Maintenance				Techniciens Adjoints de Laboratoire				Penseur				Instrumentaliste				Resposable de consultation externe				Techniciens Adjoints de Laboratoire				Autres cliniques		
	Cliniques		Non cliniques																																																																																																																							
	01	Chef de la formation sanitaire	29	▶ (4,08)																																																																																																																						
	02	Médecin	30	▶ (4,08)																																																																																																																						
	03	Chirurgien-Dentiste	31	▶ (4,08)																																																																																																																						
	04	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	32	▶ (4,08)																																																																																																																						
	05	Surveillant Général	33	▶ (4,08)																																																																																																																						
	06	Responsable de la santé maternelle et infantile/	34	▶ (4,08)																																																																																																																						
	07	Chef Unité PEV	35	▶ (4,08)																																																																																																																						
	08	Responsable Hygiène et Assainissement	36	▶ (4,08)																																																																																																																						
	09	Major - Pédiatrie	37	▶ (4,08)																																																																																																																						
	10	Major - Maternité	38	▶ (4,08)																																																																																																																						
	11	Major - Médecine Interne	39	▶ (4,08)																																																																																																																						
	12	Major - Bloc opératoire																																																																																																																								
	13	Major - Chirurgie																																																																																																																								
	14	Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)																																																																																																																								
	15	Technicien Supérieur en Anesthésie et réanim:																																																																																																																								
	16	Infirmier Accoucheur Diplômé d'Etat																																																																																																																								
	17	Puéricultrice																																																																																																																								
	18	TS de laboratoire																																																																																																																								
19	Préparateur de pharmacie																																																																																																																									
20	TSS option Odontostomatologie																																																																																																																									
21	TSS option ORL																																																																																																																									
	Technicien de Maintenance																																																																																																																									
	Techniciens Adjoints de Laboratoire																																																																																																																									
	Penseur																																																																																																																									
	Instrumentaliste																																																																																																																									
	Resposable de consultation externe																																																																																																																									
	Techniciens Adjoints de Laboratoire																																																																																																																									
	Autres cliniques																																																																																																																									
		HOMME 1																																																																																																																								
	NOM COMPLET	FEMME 2		ANS																																																																																																																						
01																																																																																																																										
02																																																																																																																										
03																																																																																																																										
04																																																																																																																										
05																																																																																																																										
06																																																																																																																										
07																																																																																																																										
08																																																																																																																										
09																																																																																																																										
10																																																																																																																										
11																																																																																																																										
12																																																																																																																										
13																																																																																																																										
14																																																																																																																										
15																																																																																																																										
16																																																																																																																										
17																																																																																																																										
18																																																																																																																										
19																																																																																																																										
20																																																																																																																										
21																																																																																																																										

15 / 37

(5) Laboratoire				
PERSONNE INTERROGÉE: TECHNICIEN DE LABORATOIRE OU MEMBRE DU PERSONNEL LE MIEUX INFORMÉ				
CODE D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE INTERROGÉE À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL				
(5,01)	La formation sanitaire fournit-elle des services de laboratoire?	OUI	1	
		NON	2 ► (6,01)	
(A) Tests de laboratoire				
		(5,02)	(5,03)	(5,04)
		<p>Pour les examens suivants, veuillez nous dire si vous êtes en mesure de les effectuer aujourd'hui, si vous étiez capable de les faire il y a 3 mois mais pas aujourd'hui, ou tout simplement si vous ne pouvez pas le faire (que ce soit aujourd'hui ou il y a 3 mois).</p> <p>ENQUÊTEUR : INSCRIRE UNE RÉPONSE PAR EXAMEN.</p> <p>Capable de faire ce test d'aujourd'hui 1</p> <p>Capable de le faire les 3 derniers mois mais pas aujourd'hui 2</p> <p>Incapable de faire cet examen que ce soit aujourd'hui ou durant les 3 derniers mois 3</p>	<p>Combien d'examens de [...] ont été réalisés au cours des 3 derniers mois?</p> <p>ENQUÊTEUR : SI AUCUN, INSCRIRE "0". INSCRIRE UNE RÉPONSE PAR EXAMEN.</p>	<p>ENQUÊTEUR : INSCRIRE la source des renseignements. INSCRIRE UNE RÉPONSE PAR EXAMEN.</p> <p>REGISTRES 1</p> <p>PAS DE REGISTRES DISPONIBLES, RAPPORT ORAL 2</p>
a.	Numération formule sanguine			
b.	Estimation de l'hémoglobine			
c.	Groupe sanguin/Rhesus			
d.	Frottis paludisme (frottis sanguin et goutte épaisse) / Test de diagnostic rapide			
e.	Frottis de dépistage de la tuberculose			
f.	Coloration de Gram (PCV,ECBU)			
g.	Test de dépistage du VIH			
h.	Test de dépistage de l'hépatite B/C			
i.	Widal et Félix (fièvre thyphoïde)			
j.	Dépistage de la syphilis (testVDRL/TPHA)			
k.	Test rapide des urines sur bandelettes			
l.	Tests de grossesse			
m.	Test de glycémie			
n.	Recherche des parasites intestinaux dans les selles (KOAP)			
o.	Tests de fonction hépatique, ASAT ,ALAT			

(B)	Équipement de laboratoire		INSCRIRE LES RÉPONSES
(5,05)	Où est situé l'équipement de laboratoire?	<div data-bbox="568 237 1233 282">Dans un laboratoire distinct 1</div> <div data-bbox="568 282 1233 349">Dans une salle également utilisée pour d'autres activités 2</div> <div data-bbox="568 349 1233 394">AUTRE, PRÉCISER: _____ 7</div>	
(5,06)	ENQUÊTEUR : Inscire le nombre de chaque équipement FONCTIONNEL. INSCRIRE UNE RÉPONSE PAR EQUIPEMENT. INSCRIRE "95" SI L'ÉQUIPEMENT NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.	<div data-bbox="568 394 1233 461">a. Microscope</div> <div data-bbox="568 461 1233 528">b. Centrifugeuse</div> <div data-bbox="568 528 1233 595">c. Hémoglobinomètre</div> <div data-bbox="568 595 1233 629">d. Réfrigérateur pour le stockage des réactifs</div>	
(5,07)	Existe-t-il un registre de laboratoire pour les cas de tuberculose? ENQUÊTEUR: SI OUI, DEMANDEZ A LE VOIR	<div data-bbox="568 629 1233 685">OUI, VU 1</div> <div data-bbox="568 685 1233 730">OUI, PAS VU 2</div> <div data-bbox="568 730 1233 763">NON 3</div>	
(5,08)	Combien de techniciens de laboratoire sont formés en microscopie de bacilles acido-résistants (recherche de BAAR)? ENQUÊTEUR : VÉRIFIEZ QUE LE NOMBRE NE DEPASSE LE NOMBRE TOTAL DE TECHNICIENS DE LABORATOIRE		

(6) Services			
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU LE MEMBRE DU PERSONNEL LE MIEUX INFORMÉ			
(A)	Services de vaccination	INSCRIRE LES RÉPONSES	
(6,01)	Cette formation sanitaire procure-t-elle des services de vaccination?	OUI 1	
		NON 2 ► (6,14)	
(6,02)	Existe-t-il une pièce séparée ou une zone pour les vaccinations?	OUI 1	
		NON 2	
(6,03)	Les vaccinations sont-elles régulièrement données aux enfants au sein de la formation sanitaire ou pendant les activités de sensibilisation?	Exclusivement au sein de la formation sanitaire 1	
		Seulement lors des activités de sensibilisation hors de la formation sanitaire 2	
		Au sein de la formation sanitaire et lors des activités de sensibilisation 3	
(6,04)	Y a-t-il un plan de sensibilisation à la vaccination pour l'année en cours?	OUI 1	
		NON 2	
(6,05)	Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours le personnel de la formation sanitaire a-t-il mené des activités de sensibilisation à la vaccination dans la communauté?		
(6,06)	Combien de méthodes de stockage parmi les suivantes est ce que ce site possède pour stocker les vaccins? ENQUÊTEUR : SI C'EST ZERO, INSCRIRE '0'.	a. Glacière	
		b. Réfrigérateur	
		c. Porte-vaccins	
(6,07)	Est-ce que les variations de température sont enregistrées? ENQUÊTEUR : SI OUI, DEMANDEZ A VOIR	OUI, VU 1	
		OUI, PAS VU 2	
		NON 3 ► (6,11)	
(6,08)	Pendant les 7 derniers jours, pendant combien de jours la température a-t-elle été consignée?		
(6,09)	Au cours des 7 derniers jours, combien de fois au total est ce que la température a été consignée ?		
(6,10)	Pendant les 7 derniers jours, combien de jours avez-vous consigné des températures au delà de 8°C ou en dessous de 2°C?		
(6,11)	Est ce que chaque enfant qui commence son calendrier de vaccination reçoit une carte de vaccination?	OUI 1	
		NON 2 ► (6,14)	
(6,12)	Où sont gardées les cartes de vaccination après le début du calendrier de vaccination?	Remis au parent ou son substitut pour qu'il/elle l'apporte à la prochaine visite 1 ► (6,14)	
		Gardé à la formation sanitaire 2	
		Une exemplaire est remis au parent et l'autre gardé à l'hôpital 3	
		AUTRE, PRÉCISER: _____ 7 ► (6,14)	
(6,13)	Pouvez-vous me montrer des cartes qui appartiennent à des patients précis?	VU 1	
		PAS VU 2	

(B) Services de soins prénatals (Consultations prénatales-CPN)		INSCRIRE LES RÉPONSES
(6,14)	Cette formation sanitaire fournit-elle des services de soins prénatals?	OUI 1
	NON 2 ► (6,23)	
(6,15)	Les femmes enceintes sont-elles consultées à des heures précises, différentes des heures de consultations pour d'autres patients?	OUI 1
	NON 2	
(6,16)	Pendant les 30 derniers jours, la formation sanitaire a offert les soins prénatals pendant combien de jours?	Maximum de 30 jours
(6,17)	Pendant les 6 derniers mois, combien de réunions est-ce que la formation sanitaire a tenu avec les accoucheurs (ses) traditionnel (les)?	
(6,18)	Pendant les 6 derniers mois, pendant combien de jours est-ce que la formation sanitaire a mené des actions de sensibilisation communautaire sur les soins prénatals?	
(6,19)	Pendant les 6 derniers mois, avez-vous prescrit du fer et de l'acide folique de façon systématique? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES. S'IL N'Y A PAS DE REGISTRES, DEMANDER AU RESPONSABLE. INSCRIRE LES RÉPONSES EN TENANT COMPTE DU FAIT QUE VOUS AVEZ CONSULTÉ LES REGISTRES OU NON.	REGISTRES CONSULTÉS : Tout le temps 1
		REGISTRES CONSULTÉS: PARFOIS 2
		REGISTRES CONSULTÉS: Rarement ou jamais 3
		REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Tout le temps 4
		REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Parfois 5
		REGISTRES PAS CONSULTÉS, RAPPORT ORAL: Rarement ou jamais 6
(6,20)	Les femmes qui viennent à la formation sanitaire pour les soins prénatals reçoivent-elles des cartes de santé prénatale ou maternelle?	OUI 1
	NON 2 ► (6,23)	
(6,21)	Où est gardée la carte de santé maternelle une fois qu'elle a été délivrée à la mère?	Remise à la mère afin qu'elle l'apporte à la prochaine visite 1 ► (6,23)
		Gardée au sein de la formation sanitaire 2
		Un exemplaire est remis à la mère et l'autre gardé à l'hôpital 3
		AUTRE, PRÉCISER: _____ 7 ► (6,23)
(6,22)	Pouvez-vous me montrer des cartes qui appartiennent à des patients précis?	VU 1
	PAS VU 2	
(C) Services liés à l'accouchement et au post-partum		INSCRIRE LES RÉPONSES
(6,23)	Les services liés à l'accouchement sont-ils offerts par la formation sanitaire que ce soit au sein de la formation ou bien dans la communauté?	OUI 1
	NON 2 ► (6,26)	
(6,24)	Le personnel de la formation sanitaire offre les services liés à l'accouchement au sein de la formation sanitaire, seulement dans la communauté ou bien dans les deux cas?	Exclusivement au sein de la formation sanitaire 1
		Seulement dans la communauté 2
		A la fois dans la formation sanitaire et dans la communauté 3
(6,25)	Est-ce que cette formation sanitaire dispose-t-elle des capacités à gérer des césariennes d'urgence?	Peut être géré aujourd'hui 1
		Habituellement, mais pas maintenant 2
		Doit être transféré 3

(6,26)	Cette formation sanitaire offre-t-elle des soins post-partum?	OUI 1	
		NON 2 ► (6,32)	
(6,27)	Les services liés aux soins post-partum sont-ils offerts :	Seulement à des heures précises? 1	
		Heures de consultations externes? 2	
		A la fois à des heures spécifiques et à des heures de consultations externes? 3	
(6,28)	Pendant les 30 derniers jours, pendant combien de jours les femmes ont-elles eu droit aux soins post-partum?	Maximum de 30 jours	
(6,29)	Pendant les 6 derniers mois, la formation sanitaire a tenu combien de séances de sensibilisation sur les soins post-partum?		
(6,30)	Pendant les 12 derniers mois, la formation sanitaire a enregistré combien de cas de décès maternels? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.		
(6,31)	Pendant les 12 derniers mois, la formation sanitaire a enregistré combien de cas de décès maternels dans la communauté? (exclure les cas enregistrés à l'hôpital) ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.		
(D)	Services liés à la tuberculose		INSCRIRE LES RÉPONSES
(6,32)	Quels sont les services liés à la tuberculose qu'offre cette formation sanitaire?	Seulement des services relatifs au diagnostique 01	
		Seulement des services liés au traitement 02	
		A la fois des services de diagnostique et de traitement 03	
		AUCUN 04 ► (7,01)	
(6,33)	Y a-t-il un coin réservé à la tuberculose dans la formation sanitaire? ENQUÊTEUR : LE COIN TUBERCULOSE EST UN ENDROIT DANS LA FORMATION SANITAIRE OÙ LES MALADES ATTEINTS DE TUBERCULOSE SONT CONSULTÉS ET TRAITÉS.	OUI 1	
		NON 2 ► (6,35)	
(6,34)	Qui gère le coin tuberculose dans cette formation sanitaire?	Personnel de la formation sanitaire 1	
		Agent de santé communautaire 2	
		AUTRE, PRÉCISER: 7	
(6,35)	Existe-t-il un registre tuberculose? SI OUI, DEMANDEZ À VOIR.	Oui, vu 1	
		OUI, pas vu 2	
		NON 3	
(6,36)	Existe-t-il un registre pour des cas présumés de tuberculose? SI OUI, DEMANDEZ À VOIR.	Oui, vu 1	
		OUI, pas vu 2	
		NON 3	
(6,37)	Les patients qui viennent pour le traitement de la tuberculose reçoivent-ils une carte de traitement de la tuberculose?	OUI 1	
		NON 2 ► (7,01)	
(6,38)	Où sont gardées les cartes de traitement de la tuberculose une fois délivré à un patient?	Remise au patient afin qu'elle/il l'apporte à la prochaine visite 1 ► (7,01)	
		Gardée au sein de la formation sanitaire 2	
		Une exemplaire est remis au malade et l'autre gardé à l'hôpital 3	
		AUTRE, PRÉCISER: _____ 7 ► (7,01)	
(6,39)	Pouvez-vous me montrer des cartes qui appartiennent à des patients précis?	VU 1	
		PAS VU 2	

(E)	Services liés au paludisme	INSCRIRE LES RÉPONSES
(6,40)	Au cours des <u>6 derniers mois</u> , combien de cas <u>présumés</u> de paludisme ont été enregistrés la formation sanitaire? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.	
(6,41)	Au cours des <u>6 derniers mois</u> , combien de cas de Plasmodium Falciparum (PF) ont été confirmés par le laboratoire dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.	
(6,42)	Au cours des <u>6 derniers mois</u> , combien de cas de paludisme (tous les types) ont été traités à l'aide d'une association thérapeutique à base d'Artémisine (ACT)? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LES REGISTRES.	
(6,43)	Au cours des <u>6 derniers mois</u> , combien de doses d'ACT ont été distribuées dans le cadre du traitement gratuit des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans ?	
(6,44)	Est ce que la formation sanitaire fournit un traitement selon les directives nationales de traitement du paludisme? ENQUÊTEUR: SI OUI, DEMANDEZ À VOIR LES DIRECTIVES.	Oui, vu 1
		OUI, pas vu 2
		NON 3
(6,45)	La moustiquaire imprégnée est-elle distribuée gratuitement aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans dans cette formation sanitaire ?	OUI 1
		NON 2
(6,46)	Y a-t-il des moustiquaires imprégnées d'insecticide disponibles dans cette formation sanitaire actuellement? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI 1
		NON 2

(7) Système National d'informations sanitaires		INSCRIRE LES RÉPONSES
PERSONNE INTERROGÉE: Responsable de la formation sanitaire ou le membre du personnel le mieux informé		
(7,01)	Pouvez-vous faire une estimation de la taille de population desservie par cette formation sanitaire, c'est à dire la population cible ou population totale vivant dans la région desservie par cet établissement?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (7,03)</div>
(7,02)	Combien de personnes ? [CATÉGORIE DE POPULATION]	<div>a. Population totale</div> <div>b. Femmes enceintes attendues</div> <div>c. Population totale des femmes âgées entre 15 et 49 ans, autrement dit les femmes en âge de procréer</div> <div>d. Total population <5 ans</div> <div>e. Total population < 1 an</div>
ENQUÊTEUR : S'IL N Y A PAS DE DONNÉES POUR CERTAINES CATÉGORIES, INSCRIRE -99 POUR CES CATÉGORIES.		
Maintenant, je voudrais voir le registre qui indique le nombre total de patients ayant consultés dans cette formation sanitaire au cours du dernier mois.		
		INSCRIRE LES RÉPONSES
(7,03)	Nombre TOTAL de patients	
(7,04)	Nombre TOTAL de patientes femmes enceintes	
(7,05)	Nombre TOTAL de patients âgés de moins de 5 ans	
(7,06)	Nombre TOTAL de patients âgés de moins d' 1 an	
(7,07)	Nombre de patients de plus de 5 ans	
(7,08)	Rapport mensuel d'activités (RMA)	<div>VU, dûment rempli 1</div> <div>VU, PAS REMPLI 2</div> <div>PAS VU 3</div>
(7,09)	Rapport mensuel d'activités du Programme élargi de vaccination (RMA PEV)	<div>VU, dûment rempli 1</div> <div>VU, PAS REMPLI 2</div> <div>PAS VU 3</div>
(7,10)	Rapport sur la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire	<div>VU, dûment rempli 1</div> <div>VU, PAS REMPLI 2</div> <div>PAS VU 3</div>
(7,11)	Rapport mensuel sur les IST/Vih/SIDA	<div>VU, dûment rempli 1</div> <div>VU, PAS REMPLI 2</div> <div>PAS VU 3</div>
(7,12)	Rapport sur la Prévention de la transmission de VIH des Parents à l'enfant (PTPE)	<div>VU, dûment rempli 1</div> <div>VU, PAS REMPLI 2</div> <div>PAS VU 3</div>
(7,13)	Registre de planification familiale	<div>VU, dûment rempli 1</div> <div>VU, PAS REMPLI 2</div> <div>PAS VU 3</div>

(8) L'utilisation des services de santé conformément au SNIS

PERSONNE

Je voudrais vous poser quelques questions sur les services de santé disponibles.

POSER

(8.01)

Cette formation sanitaire fournit - elle [SERVICE] en son sein et/ou pendant les activités de sensibilisation? ENQUÊTEUR : INSCRIRE A LA FOIS POUR LA FORMATION SANITAIRE ET POUR LA SENSIBILISATION.

OUI1

NON2

(8.02)

Combien de jours par semaine ce service est-il offert?

ENQUÊTEUR : SI SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT, INSCRIRE 8, SI SANS OBJET, INSCRIRE "95"

(8.03)

Quel est le montant total en FCFA exigé pour ce type de service? ENQUÊTEUR : Si aucun frais, inscrire «0». SI SANS OBJET, INSCRIRE "95"

6

(8.04)

ENQUÊTEUR : POUR CHAQUE SERVICE, INSCRIRE LE NOMBRE TOTAL MENSUEL DE MALADES HOSPITALISES ET DES EXTERNES LISTES DANS LE REGISTRE, POUR LES 6 DERNIERS MOIS PRÉCÉDANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE (EX. SI AUJOURD'HUI C'EST LE 14 MARS, INSCRIRE LES PATIENTS DE LA PÉRIODE ALLANT DU 1er SEPTEMBRE AU 28 Février, AFIN DE COUVRIR 6 MOIS COMPLETS) . SI SANS OBJET, INSCRIRE "95"

Code de Services

Service

a. Au sein de la FOSA

b. Sensibilisation

JOURS / SEMAINE

FCFA

a. Au sein de la FOSA

b. Sensibilisation

c. UNITÉ

MOIS 1: le plus éloigné

MOIS 2

MOIS 3

MOIS 4

MOIS 5

MOIS 6: le plus récent

INTERNE

EXTERNE

INTERNE

EXTERNE

INTERNE

EXTERNE

INTERNE

EXTERNE

INTERNE

EXTERNE

Planning familial / clinique

1

Pilule contraceptive

par visite initiale

2

Injection

par visite

3

Insertion d'implant

par insertion

4

Préservatifs masculins

par visite

5

Préservatifs féminins

Par visite

6

Dispositif intra-utérin (DIU)

par insertion

7

Stérilisation féminine

par intervention / acte

8

Stérilisation masculine (Vasectomie)

par procédure

9

Soins prénataux (CPN)

par visite

Accouchement au sein de la formation sanitaire

10

Accouchement spontané par voie basse

par accouchement

11

Accouchement par césarienne

par accouchement

12

Accouchement Assisté (forceps, ventouse)

par accouchement

13

Accouchement à domicile assisté par un personnel qualifié

par accouchement

14

Soins post-nataux

par visite

Vaccinations

15

Polio 0 -BCG (Bacille de Calmette Guérin)

par dose

16

Polio 1-Penta 1(DTCQ, l'hépatite B, Hib)-Pneumo 1

par dose

17

Polio 2-Penta 2(DTCQ, l'hépatite B, Hib)-Pneumo 2

par dose

18

Polio 3-Penta 3(DTCQ, l'hépatite B, Hib)-Pneumo 3

par dose

19

Méningite

par dose

20

Fièvre jaune

par dose

21

Doses contre la rougeole 1 (<1 an)

par dose

22

VAT (Anatoxine tétanique aux femmes enceintes)

par dose


8Util_HMIS


23 / 37

POSER LES QUESTIONS DE (8,01) A (8,04) POUR CHACUN DES SERVICES AVANT LE SERVICE SUIVANT.	(8,01)		(8,02)	(8,03)		(8,04)												
	cette formation sanitaire offre des services de [SERVICE] en son sein et/ou pendant les activités de sensibilisation? ENQUÊTEUR : INSCRIRE A LA FOIS POUR LA FORMATION SANITAIRE ET POUR LA SENSIBILISATION.		Combien de jours par semaine ce service est-il offert? ENQUÊTEUR : SI SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT, INSCRIRE "8", SI SANS OBJET, INSCRIRE "95"	Quel est le montant total en FCFA exigé pour ce type de service? ENQUÊTEUR: SI AUCUN FRAIS, INSCRIRE «0». SI SANS OBJET, INSCRIRE "95"		ENQUÊTEUR : POUR CHAQUE SERVICE, INSCRIRE LE NOMBRE TOTAL MENSUEL DE MALADES HOSPITALISES ET DES EXTERNES LISTES DANS LE REGISTRE, POUR LES 6 DERNIERS MOIS PRÉCÉDANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE (EX. SI AUJOURD'HUI C'EST LE 13 SEPTEMBRE, INSCRIRE LES PATIENTS DE LA PÉRIODE ALLANT DU 1er MARS AU 31 AOUT, AFIN DE COUVRIR 6 MOIS COMPLETS) . SI SANS OBJET, INSCRIRE "95"												
	OUI 1 NON 2																	
	a. Au sein de la FOSA	b. Sensibilisation	JOURS / SEMAINE	a. Au sein de la FOSA	b. Sensibilisation	UNITÉ	MOIS 1		MOIS 2		MOIS 3		MOIS 4		MOIS 5		MOIS 6	
						INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE	INTERNE	EXTERNE	
Soins curatifs et préventifs																		
23	Les soins curatifs par Médecin/TSS				par visite													
24	Soins curatifs par Infirmier DE/Sage-femme DE/Assistant de santé				par visite													
25	Soins curatifs par Agent de santé communautaire				par visite													
26	Diagnostic - laboratoire du paludisme																	
27	Traitement du paludisme par une polythérapie à base d'artémisinine (ACT)				par visite													
28	Diagnostic - laboratoire de la tuberculose				par nouveau cas													
29	Traitement de la tuberculose				Par traitement sous surveillance directe													
Services liés aux Infections sexuellement transmissibles																		
30	Diagnostic, traitement, le test et counselling				par visite													
Services VIH / SIDA																		
31	Conseil et Dépistage (CDV)				par visite													
32	Prévention de la transmission du VIH / Sida des Parents à l'enfant (PTPE)				par visite													
33	Traitement Antiretroviral (ARV)				par visite													
34	Soins d'urgence 24 heures (en cas de viol)				par visite													
35	Séjour à l'hôpital (hospitalisation)				par jour													
36	Voyage en ambulance vers un autre centre de référence				par transport													

(9) FRAIS DES PRESTATIONS ET DES MEDICAMENTS		INSCRIRE LES RÉPONSES
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU LE MEMBRE DU PERSONNEL LE MIEUX INFORMÉ		
(9,01)	Les patients paient-ils les frais de consultation ? VÉRIFIER QUESTION (1,14).	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>
(9,02)	Les patients paient-ils les frais de laboratoire pour les examens (ex: examens de laboratoire, radiographie/imagerie médicale)?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>
(9,03)	Les patients paient-ils les frais de radiographie/imagerie médicale ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>
(9,04)	Les patients paient-ils les frais pour les consommables (ex; compresses, seringues, etc)?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>
(9,05)	Les patients paient-ils des frais pour les médicaments?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (9,08)</div>
(9,06)	Quel est le pourcentage du coût du médicament imposé aux patients? ENQUÊTEUR : ENREGISTRER LE POURCENTAGE SANS LE SIGNE «%», JUSTE COMME UN NOMBRE. EXEMPLE: SI 125% EST PRÉLEVÉE, ENTRER 125. SI 120% EST PERÇU, ENTRER 120.	
(9,07)	Ce pourcentage est-il prélevé sur la base des prix de gros ou de détail?	<div>Gros 1</div> <div>Détail 2</div>
(9,08)	INTERVIEWEUR: VERIFIER SI LA FORMATION SANAIRE EXIGE DES FRAIS POUR (9,01), (9,02), (9,03), (9,04) et (9,05).	<div>A des frais 1</div> <div>AUCUN FRAIS 2 ► (9,14)</div>
(9,09)	Qui a participé à l'élaboration des frais? ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" S C'EST NON.	<div>a. Chef de la formation sanitaire / personne en charge de la formation sanitaire</div> <div>b. Personnel de la formation sanitaire</div> <div>c. Personnel d'Organisation Non Gouvernementale</div> <div>d. Ministère de la Santé (Siège)</div> <div>e. Agent(s) de santé communautaire ou leur représentant /leader</div> <div>f. Membres de la communauté</div> <div>g. Comité de gestion</div> <div>h. Autre, préciser _____</div>
(9,10)	Pendant les <u>3 derniers mois</u> , à quelle fin est-ce que la formation sanitaire a utilisé les revenus des frais imposables aux usagers? ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" S C'EST NON.	<div>a. Infrastructure de la formation sanitaire</div> <div>b. Achat d'équipement et de fournitures pour la formation sanitaire</div> <div>c. Médicaments</div> <div>d. Programmes de la formation sanitaire</div> <div>e. Utilisation dans la communauté</div> <div>f. Renvoyé à l'organe de gestion</div> <div>g. Les salaires du personnel</div> <div>h. Des primes au rendement du personnel</div> <div>i. Renvoyé au gouvernement central</div> <div>j. Renvoyé au gouvernement décentralisé</div> <div>k. Autre, préciser _____</div>
(9,11)	Les personnes suivantes sont-elles exonérés de certains frais?	<div>a. Veuves</div> <div>b. Les enfants de moins de 5</div> <div>c. Personnes âgées (plus de 65 ans)</div>

	ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	d. Orphelins	
		e. Les patients tuberculeux	
		f. Les malades du VIH/SIDA	
		g. Les indigents	
		h. Les personnes physiquement handicapées	
		i. Le personnel militaire	
		j. Les femmes enceintes	
		k. Réfugiés	
		l. Autre, préciser _____	
(9,12)	Qui décide des patients exonérés de paiement de certains frais?	a. Chef de la formation sanitaire / personne en charge de la formation sanitaire	
		b. Personnel de la formation sanitaire	
		c. Personnel d'Organisation Non Gouvernementale	
		d. Ministère de la Santé (Siège)	
	ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	e. Agent(s) de santé communautaire ou leur représentant /leader	
		f. Membres de la communauté	
		g. Comité de Gestion	
		h. Autre, préciser _____	
(9,13)	Les patients exonérés de frais reçoivent-ils une carte spéciale qui leur permet de recevoir des services gratuitement?	OUI 1	
		NON 2	
(9,14)	Cette formation sanitaire participe-t-elle à un régime d'assurance maladie?	OUI 1	
		NON 2 ► (10,01)	
(9,15)	Quel type d'assurance maladie?	Publique 1	
		Privée 2	
		Les deux 3	
(9,16)	Quels sont les services couverts par ce régime d'assurance-maladie?	a. Visites de routine bébé bien portants (y compris la vaccination)	
		b. Soins aux enfants malades	
	ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	c. Soins aux malades externes adultes	
		d. La consultation prénatale pour les femmes enceintes	
		e. Soins d'accouchement pour les femmes enceintes	
		f. Les soins post-partum pour les femmes et les nouveau-nés	
		g. Hospitalisations et soins aux patients hospitalisés	
		h. Autre, préciser _____	
(9,17)	A quoi est-ce que la formation sanitaire destine-t-elle les fonds collectés par le biais du régime d'assurance?	a. Infrastructures de la formation sanitaire	
		b. Achat d'équipement et de fournitures pour la formation sanitaire	
	ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	c. Médicaments	
		d. Programmes de la formation sanitaire	
		e. Utilisation dans la communauté	
		f. Renvoyé à l'organe de gestion	
		g. Salaires du personnel	
		h. Primes de rendement du personnel	
		i. Renvoyé au gouvernement central	
		j. Renvoyé au gouvernement décentralisé	
		k. Autre, préciser: _____	

(10) Leadership						
SUJET INTERROGÉ: EXCLUSIVEMENT LE RESPONSABLE EN CHEF DE LA FORMATION SANITAIRE						
(10,00)	CODE D'IDENTIFICATION DU SUJET INTERROGÉ À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL					
<p>Dans cette partie du questionnaire, je voudrais savoir ce que vous feriez dans certaines situations en ce qui concerne la formation sanitaire. Je vais vous lire une série de scénarios. Pour chaque scénario, je vais lire quatre réponses possibles que vous pourriez avoir. Veuillez choisir la réponse qui correspond le plus à ce que vous feriez dans cette situation particulière. Vous ne pouvez sélectionner qu'une seule réponse pour chaque scénario. Il n'y a pas de réponses correctes ou incorrectes - nous voulons juste savoir ce que vous ferez dans chacune des situations.</p> <div style="text-align: center;">  </div>						
ENQUÊTEUR : CHAQUE RÉPONSE EST CODÉE DE 1 À 4. INSCRIRE LE CODE APPROPRIÉ EN FONCTION DE LA RÉPONSE DU SUJET INTERROGÉ.						
	SCÉNARIOS	1	2	3	4	INSCRIRE LES RÉPONSES (ENTRE 1-4)
(10,01)	Scénario 1: La performance de votre personnel s'améliore.	Vous insistez sur leurs responsabilités et les normes.	Vous ne prenez aucune mesure supplémentaire particulière.	Vous donnez un feedback positif et faites sentir au personnel qu'il s'est impliqué dans les réalisations.	Vous insistez sur l'importance des échéances et des tâches.	
(10,02)	Scénario 2: Les membres de votre personnel ont été incapables de résoudre un problème au cours du mois passé, malgré toutes les tentatives qu'ils ont essayé pour y remédier.	Vous convoquez une réunion et, ensemble, vous essayez de résoudre le problème.	Vous laissez votre personnel faire face à ce problème par leurs propres moyens.	Vous leur donnez des directives et des instructions sur la façon de résoudre le problème.	Vous encouragez le groupe à résoudre le problème par leurs propres moyens, et vous êtes disponible pour en discuter en cas de besoin.	
(10,03)	Scénario 3: Vous envisagez un changement majeur dans la façon dont les choses sont faites dans la formation sanitaire.	Vous collaborez avec votre personnel pour élaborer les changements nécessaires.	Vous annoncez votre vision pour le changement et mettez en œuvre un plan clairement élaboré.	Vous demandez à votre personnel d'élaborer et de mettre en œuvre leur propre plan pour le changement.	Vous vous entretenez avec votre personnel mais dirigez les changements vous-même.	
(10,04)	Scénario 4: Le rendement de votre personnel est en baisse ces derniers mois.	Vous demandez à votre personnel de revoir leurs objectifs afin d'élaborer un plan ensemble.	Vous demandez à votre personnel de faire des suggestions, et vous formulez un plan précis pour atteindre les objectifs.	Vous redéfinissez clairement les objectifs et vous vous assurez qu'ils sont atteints.	Vous permettez à votre personnel de fixer leurs propres objectifs et vous ne les bousculer pas.	
(10,05)	Scénario 5: Votre personnel ne travaille plus en équipe efficace.	Vous discutez des idées en groupe et trouvez la façon de mieux travailler en équipe.	Vous laissez vos employés trouver par leurs propres moyens des solutions à leurs problèmes.	Vous agissez rapidement avec fermeté pour remettre l'équipe sur les rails.	Vous vous rendez disponible pour discuter de tous les problèmes et soutenir votre équipe dans la recherche des solutions à leurs propres problèmes.	

(11) Autonomie														
PERSONNE INTERROGÉE: RESPONSABLE/ CHEF DE LA FORMATION SANITAIRE EXCLUSIVEMENT														
(11,00)	CODE D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE INTERROGÉE À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL	<input type="text"/>												
<p>Dans cette partie du questionnaire, j'aimerais savoir comment le travail est organisé et les décisions prises au sein de cette formation sanitaire. Toutes les réponses sont confidentielles.</p> <p>Je vais à présent vous lire une série de déclarations concernant la prise de décision et l'exercice de d'autorité au sein de cette formation sanitaire. Veuillez me dire si vous avez l'impression qu'elles sont vérifiées, la plupart du temps, plus de la moitié du temps, moins de la moitié du temps, rarement ou jamais.</p>														
 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CODE DE LA RÉPONSE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LA PLUPART DU TEMPS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOINS DE LA MOITIÉ DU TEMPS</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>RAREMENT</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>JAMAIS</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		CODE DE LA RÉPONSE		LA PLUPART DU TEMPS	1	PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	2	MOINS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	3	RAREMENT	4	JAMAIS	5	INSCRIRE LE CODE DE LA RÉPONSE
CODE DE LA RÉPONSE														
LA PLUPART DU TEMPS	1													
PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	2													
MOINS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	3													
RAREMENT	4													
JAMAIS	5													
(11,01)	Je suis en mesure d'allouer le budget de ma formation sanitaire en tenant compte des besoins. Il existe suffisamment de flexibilité dans mon budget.													
(11,02)	Je suis en mesure d'assigner des tâches et des activités au personnel de manière à atteindre les résultats escomptés pour la formation sanitaire. Il existe assez de flexibilité dans l'utilisation du personnel afin de parvenir à des solutions .													
(11,03)	L' équipe cadre de la prefecture/district soutient mes décisions et actions visant à améliorer le rendement de la formation sanitaire.													
(11,04)	J'ai la liberté de choisir à qui confier telle ou telle tâche.													
(11,05)	J'ai la liberté de choisir les services à fournir par la formation sanitaire.													
(11,06)	J'ai suffisamment d'autorité me permettant d'obtenir les ressources dont j'ai besoin (médicaments, fournitures, financement) afin de répondre aux besoins de ma formation sanitaire.													
(11,07)	Je comprends très bien les politiques et procédures.													
(11,08)	Les politiques et procédures sont des outils utiles me permettant de relever les défis qui se présentent à moi dans le cadre de la prestation des services et des rapports sur les activités.													
(11,09)	L' équipe cadre de la préfecture/district me donne un feedback adéquat sur mon travail et le rendement de ma formation sanitaire.													

(12) Observation directe			
ENQUÊTEUR : IL N'Y A PAS DE PERSONNE A INTERROGER POUR CETTE SECTION DU QUESTIONNAIRE. APRÈS AVOIR DEMANDÉ L'AUTORISATION, VOUS DEVEZ FAIRE LE TOUR DE LA FORMATION SANITAIRE ET OBSERVER LES POINTS DÉCRITS DANS CETTE SECTION.			
(A)	GENERAL	ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(12,01)	Existe-t-il une salle d'accueil / reception dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(12,02)	Existe-t-il une salle d'attente dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(12,03)	Existe-t-il une salle d'attente distincte pour les femmes dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(12,04)	Existe-t-il un système de chauffage dans la zone réservée aux patients pendant la saison froide dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(12,05)	Existe-t-il des lits d'observation dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2 ► (12,10)
(12,06)	ENQUÊTEUR : NOTER LE NOMBRE DE LITS D'OBSERVATION DISPONIBLES. SI C'EST ZÉRO, NOTER "0".		
(12,07)	Existe-t-il des salles séparées pour les hommes et les femmes dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2 ► (12,10)
(12,08)	Nombre de lits pour les hommes. ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.		
(12,09)	Nombre de lits pour les femmes. ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.		
(12,10)	Existe-t-il une toilette fonctionnelle dans cette formation sanitaire? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(12,11)	Existe-t-il des toilettes séparées pour les hommes et les femmes? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(12,12)	est ce que la formation sanitaire dispose de logements d'astreinte pour le personnel soignant qui est de garde en dehors des heures habituelles de travail, ex: la nuit? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(12,13)	Existe-t-il de l'eau pour le lavage des mains, du savon et une serviette propre dans la zone de l'examen du patient? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(12,14)	Existe-t-il un système d'évacuation des déchets (bac à ordures, fosse ou incinérateur)? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(12,15)	Existe-t-il une boîte de sécurité pour les objets pointus et tranchants? ENQUÊTEUR : CONFIRMER PAR OBSERVATION DIRECTE.	OUI	1
		NON	2
(B)	AFFICHAGE DES FRAIS EXIGIBLES AUX USAGERS	ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(12,16)	Y a-t-il des affiches dans la formation sanitaire qui précisent le montant des frais exigibles pour la consultation? ENQUÊTEUR : SI OUI, CHERCHEZ À VOIR LES AFFICHES DANS LA FORMATION SANITAIRE.	Oui, vu	1
		OUI, pas vu	2
		NON	3
(12,17)	Y a-t-il des affiches dans la formation sanitaire qui indiquent le montant des frais de laboratoire? ENQUÊTEUR : SI OUI, CHERCHEZ À VOIR LES AFFICHES DANS LA FORMATION SANITAIRE.	OUI, affiché publiquement	1
		OUI, PAS AFFICHÉ	2
		NON, PAS AFFICHÉ	3
		NON APPLICABLE	9

(12,18)	Y a-t-il des affiches dans la formation sanitaire qui indiquent le montant des frais de radiologie? ENQUÊTEUR : SI OUI, CHERCHEZ À VOIR LES AFFICHES DANS LA FORMATION SANITAIRE.	OUI, affiché publiquement	1	
		OUI, PAS AFFICHÉ	2	
		NON, PAS AFFICHÉ	3	
		NON APPLICABLE	9	
(12,19)	Est ce que l'un des éléments suivants est affiché publiquement à l'intention des patients? ENQUÊTEUR : POUR CHACUN DES DOCUMENTS, DEMANDER À VOIR L'AFFICHE ENREGISTRER LES DONNÉES SELON LES CODES SUIVANTS: OUI ET VU1 OUI, PAS VU.....2 NON.....3 NON APPLICABLE..9	a. Capacité d'accueil des malades hospitalisés (Nombre de lits)		
		b. Jours / heures de service		
		c. Rotation du personnel		
		d. Contact de la Direction		
		e. Politique de gestion des plaintes et suggestions		
		f. Médicament		
		g. AUTRE, PRÉCISER:		
(C)	PROTOCOLES NATIONAUX			ENREGISTRER LES
ENQUÊTEUR : DEMANDER AU RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU AU PERSONNEL LE PLUS AVISÉ DE VOUS MONTRER LES PROTOCOLES DE				
(12,20)	Matériel pour la sensibilisation des patients, les séances d'IEC= Boîtes à image, affiches ; vidéos....)	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,21)	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) livret comportant la fiche ou affiche murale	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,22)	Diagramme de suivi de la croissance	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,23)	Protocole national sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,24)	Système National d'Information Sanitaire, directives	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,25)	Système National d'Information Sanitaire; données	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,26)	Protocole national sur le diagnostic et le traitement du paludisme	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,27)	Protocole national portant sur la vaccination des enfants	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,28)	Normes et procédures en matière de santé de la reproduction	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,29)	Manuel de procédures sur la prévention des infections	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,30)	Directives portant sur la prise en charge des infections sexuellement transmissibles	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,31)	Directives nationales sur le dépistage du VIH et le counselling	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,32)	Directives sur la Prévention de la transmission du VIH / SIDA des Parents à l'Enfant (PTPE)	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,33)	Directives sur le traitement antiretroviral du VIH	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,34)	Directives sur la prise en charge du VIH pédiatrique, y compris le diagnostic biologique précoce	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,35)	Liste nationale des médicaments essentiels	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,36)	Protocole national d'approvisionnement en médicaments	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,37)	Détection et rapport sur les réactions indésirables des médicaments ou des vaccins	VU	1	
		PAS VU	2	
(12,38)	Stratégie sectorielle de la santé 2001-2015	VU	1	
		PAS VU	2	

(13) Equipement (Observation directe)		
ENQUÊTEUR : IL N'Y A PAS DE PERSONNE A INTERROGER POUR CETTE SECTION DU QUESTIONNAIRE. APRÈS AVOIR DEMANDÉ L'AUTORISATION, VOUS DEVEZ FAIRE LE TOUR DE LA FORMATION SANITAIRE ET OBSERVER LES POINTS DÉCRITS DANS CETTE SECTION.		
(A)	équipement général	ENREGISTRER LES RÉPONSES
(13,01)	Où est situé la salle de consultations externes?	
	Une salle réservée aux consultations externes	1
	Dans une salle également utilisée pour d'autres activités	2
	AUTRE, PRÉCISER:	7
(13,02)	BIEN VOULOIR NOTER LA QUANTITE DE CHAQUE TYPE DE MATERIEL. NOTER "95" SI LE MATÉRIEL NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.	QUANTITÉ DISPONIBLE ET OPÉRATIONNELLE
a.	Horloge munie d'une aiguille de secondes	
b.	Balance pour enfants	
c.	Toise	
d.	Mètre ruban	
e.	Balance pour adultes	
f.	Pèse-bébé	
g.	Tensiomètre	
h.	Thermomètre	
i.	Stéthoscope médical	
j.	Stéthoscope obstétricale	
k.	Otoscope	
l.	Appareil d'aspiration	
m.	Fiche pour tester la vision	
n.	Bouteille d'oxygène	
o.	Ballon Ambu	
p.	Couveuse	
q.	Potence pour perfusion	
r.	Lampe-torche	
s.	Civière	
t.	Chaise roulante	
u.	Petit matériel de chirurgie pour des actes tels que l'incision, le drainage et les sutures (forceps, scalpel)	
v.	Coin muni de matériel réservé à la réhydratation par voie orale (contenant d'1 litre, gobelets et cuillères y compris des directives de	
(B)	Matériel de stérilisation	ENREGISTRER LES RÉPONSES
(13,03)	Où se trouve le matériel de stérilisation?	
	Dans une salle réservée à la stérilisation	1
	Dans une salle également utilisée pour d'autres activités	2
	AUTRE, PRÉCISER:	7
(13,04)	BIEN VOULOIR NOTER LA QUANTITÉ DE CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER 98 SI LE MATÉRIEL NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.	QUANTITÉ DISPONIBLE ET OPÉRATIONNELLE
a.	Autoclave électrique (pression et chaleur humide)	
b.	Autoclave non-électrique (pression et chaleur humide)	
c.	Stérilisateur électrique à air chaud	
d.	Bouilloire ou chauffe-eau électrique (sans pression)	
e.	Marmite non électrique avec couvercle (chauffage à vapeur)	
f.	Source de chaleur pour les appareils non électriques	

g.	Programmeur (peut se trouver sur le matériel)		
h.	Bande d'indicateur temps, pression et température ou autre indicateurs de stérilisation		
i.	Poupinel		
(C) Matériel de vaccination			ENREGISTRER LES RÉPONSES
(13,05)	Où est situé le matériel de vaccination? MATÉRIEL DE VACCINATION: RÉFRIGÉRATEUR POUR VACCIN ÉLECTRIQUE OU PARAFFINE, GLACIÈRE, PORTE-VACCIN	Salle de vaccination différente	1
		Dans une salle également utilisée pour d'autres activités	2
		Aucun matériel n'existe dans cette FOSA ► (13,07)	3
		AUTRE, PRÉCISER:	7
(13,06)	BIEN VOULOIR NOTER LA QUANTITÉ DE CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER 98 SI LE MATÉRIEL NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.		QUANTITÉ DISPONIBLE ET OPÉRATIONNELLE
a.	Thermomètre pour vaccins		
b.	Glacière / porte-vaccins		
c.	Contenant réfrigérant		
d.	Réfrigérateur		
(D) Matériel de soins prénataux			ENREGISTRER LES RÉPONSES
(13,07)	Où se trouve le matériel pour les soins prénataux? MATÉRIEL POUR SOINS PRÉNATAUX FOETOSCOPE, TENSIOMÈTRE, MÈTRE RUBAN, BALANCE POUR ADULTES)	Dans une salle spéciale pour soins prénataux	1
		Dans une salle également utilisée pour d'autres activités	2
		Aucun matériel n'existe dans cette FOSA ► (13,08)	3
		AUTRE, PRÉCISER:	7
(E) Matériel pour accouchement et soins aux nouveaux-nés			ENREGISTRER LES RÉPONSES
(13,08)	Où se trouve le matériel obstétrical et celui utilisé pour les soins aux nouveaux-nés?	Dans une salle spéciale pour l'accouchement et soins aux nouveaux-nés	1
		Dans une salle également utilisée pour d'autres activités	2
		Aucun matériel n'existe dans cette FOSA ► (14,01)	3
		AUTRE, PRÉCISER:	7
(13,09)	BIEN VOULOIR NOTER LA QUANTITÉ DE CHAQUE TYPE DE MATÉRIEL. NOTER 98 SI LE MATÉRIEL NE FONCTIONNE PAS OU N'EST PAS DISPONIBLE.		QUANTITÉ DISPONIBLE ET OPÉRATIONNELLE
a.	Lit hospitalisation après accouchement		
b.	Partogramme		
c.	Éclairage salle accouchement		
d.	Matériel d'aspiration		
e.	Ballon de réanimation, nouveau-né		

f.	Gouttes ophtalmologiques ou pommade pour nouveau-né	
g.	Aiguilles	
h.	Perfusion intraveineuse	
i.	Bouteilles de soluté, le soluté isotonique de chlorure de sodium et le soluté lactate de Ringer	
j.	Ciseaux	
k.	Pince pour cordon ombilical ou bande stérile	
l.	Matériel de suture	
m.	Serviettes propres	
n.	Razor propre	
o.	Gants d'examen	
p.	Coton stérile ou gaze hydrophile (pour le nettoyage de la bouche et du nez du bébé)	
q.	Savon pour les mains ou détergents	
r.	Brosse pour les mains	
s.	Plateau stérile	
t.	Contenant en plastique muni d'une doublure en plastique pour jeter le placenta	
u.	Contenant en plastique muni d'une doublure en plastique pour les déchets médicaux (gaze de pansements, etc.)	
v.	Stéthoscope médical	
w.	Stéthoscope obstétrical	
x.	Tensiomètre	
y.	Haricot	
z.	Bol en acier	
aa.	Tablier de protection et alèse en plastique	
ab.	Tourniquet	
ac.	Deux serviettes stériles (l'une pour recevoir le nouveau-né et l'autre pour les manipulations)	
ad.	Balance pour bébé (balance pour nourrissons)	
ae.	Pinces pour artères	
af.	Pinces pour pansements	
ag.	Pinces, utérine	
ah.	Porte-aiguille	
ai.	Seringues et aiguilles jetables	
aj.	Aiguilles de calibres 16- ou 18-	
ak.	Spéculum vaginal	
al.	Pinces (hémostatique)	
am.	Pompe d'aspiration, fonctionnant à pédales ou à main	
an.	Ventouse obstétricale	
ao.	Dilatateur utérin	
ap.	Curette, utérine	
aq.	Écarteur vaginal	
ar.	Masque et ballon d'anesthésie (ballon de type Ambu)	
as.	Table d'accouchement	
at.	Boîte pour intubation pédiatrique	
au.	Gants de soin	
av.	Boîte pour césarienne	
aw.	Boîte pour hystérectomie	
ax.	Scialytique	
ay.	Négatoscope	
az.	Boîte d'accouchement	
ba.	Boîte de curetage	
bb.	Boîte pour examen gynécologique	
bc.	Réfrigérateur pour banque de sang	
bd.	Extracteur d'oxygène	
be.	Mètre ruban	
bf.	Lunettes de protection	
bg.	Lampes torches	
bh.	Sondes de Guedel pour dégager les voies respiratoires-néonatal, enfants et adultes	
bi.	Fils à ligature	

(14) Stockage et disponibilité des médicaments et vaccins			
PERSONNE INTERROGÉE: PHARMACIEN, RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU LE MEMBRE DU PERSONNEL LE MIEUX INFORMÉ			
Maintenant, j'aimerais vous poser une question sur le stockage et la disponibilité des médicaments dans ce centre de santé			
(14,01)	Est ce que les personnes suivantes ont le droit d'approvisionner ce centre en médicaments ou matériel.....? ENQUÊTEUR : LIRE TOUTES LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a. Chef / personne en charge de la formation sanitaire b. Personnel de la formation sanitaire c. Personnel d'Organisation Non Gouvernementale d. Administration locale e. UCM/Dépôts régionaux et préfectoraux f. Agent de santé communautaire président Coopérative / leader g. Agent de santé communautaire h. Membres de la communauté i. Comité de gestion j. AUTRE, PRÉCISER: _____	
(14,02)	Pouvez vous me conduire à l'endroit où l'on stocke les médicaments dans ce centre?	Oui, vu 1 OUI, pas vu 2 NON, IL N'EXISTE PAS UN TEL ENDROIT 3	(15,01)
(14,03)	ENQUÊTEUR : EST CE UNE SALLE SÉPARÉE DU RESTE DU CENTRE DE SANTE?	OUI 1 NON 2	
(14,04)	Cette pharmacie sert-elle juste à garder et distribuer les médicaments ou sert-elle à autre chose?	Seulement à garder et distribuer les médicaments 1 Elle sert aussi à autre chose 2	
(14,05)	Peut-on fermer les portes et fenêtres pour la sécurité de la pharmacie ?	OUI 1 NON 2	
(14,06)	ENQUÊTEUR : EST CE QUE LA ZONE DE STOCKAGE DES MEDICAMENTS EST PROPRE, UN PEU SALE, OU SALE?	PROPRE 1 UN PEU SALE 2 SALE 3	
(14,07)	ENQUÊTEUR : EST CE QUE LE PLAFOND, LES MURS, LE SOL ET LES FENÊTRES ONT L'AIR SEC ET A L'ABRI DE TOUTES INFILTRATION D'EAU?	SECS, PAS DE TRACES D'INFILTRATION D'EAU 1 SECS MAIS IL Y A DES TRACES D'INFILTRATION D'EAU 2 HUMIDITÉ / EAU 3	
(14,08)	ENQUÊTEUR : LES FENÊTRES SONT-ELLES PROTÉGÉES CONTRE LES RAYONS DU SOLEIL?	FENÊTRES COUVERTES 1 FENÊTRES NON COUVERTES 2 PAS DE FENÊTRES 3	
(14,09)	ENQUÊTEUR : LES MÉDICAMENTS SONT-ILS STOCKES SUR UNE PLATEFORME ÉLEVÉE?	OUI 1 NON 2	
(14,10)	Est-ce que la pharmacie tient une fiche ou un registre de stocks? ENQUÊTEUR : SI OUI, DEMANDEZ A VOIR CETTE FICHE OU REGISTRE	Oui, vu 1 OUI, pas vu 2 NON 3	

POUR CHAQUE MEDICAMENT, POSEZ LES QUESTIONS (14,11) JUSQU'A (14,15)							
			(14,11)	(14,12)	(14,13)	(14,14)	(14,15)
			Quelle est la quantité de [MÉDICAMENTS] en stock?	A combien est ce que vous vendez la dose de [MÉDICAMENT] aux patients?	Quelle quantité de [MÉDICAMENT] est disponible en ce moment?	Pendant les 30 derniers jours, y a-t-il eu rupture de stock de ce médicament à un moment donné?	Pendant les 30 derniers jours, ce médicament a-t-il été en rupture durant combien de jours?
					SI NON, NOTER 00 ET ► (14,15)	OUI 1 NON 2	
	Code					► PROCHAIN MÉDICAMENT	
Médicaments usuels							
1	pommade Tétracycline ophthalmologique	a.					
2	Paracetamol (Panadol) comprimés	b.	_____ mg				
3	Amoxicilline (comprimé ou capsule)	c.	_____ mg				
4	Amoxicilline (sirop)	d.					
5	Paquets de solution de réhydratation orale	e.	1 paquet				
6	Comprimé de fer (avec ou sans acide folique)	f.	1 comprimé				
7	Comprimés d'acide folique	g.	1 comprimé				
8	Cotrimoxazole	h.	_____ mg				
9	Vitamine A	i.	1 capsule				
Planning familial							
10	Préservatifs (masculin ou féminin)	j.	1 unité				
11	Comprimés de contraception orale (ex. Lo-femenal, Ovrette)	k.	Approvisionnement de 28 jours				
12	Depo-provera, ampoule inj.	l.	1 unité				
13	Jadelle (Norplant, nouvelle formule)	m.	1 unité				
14	Dispositif Intra utérine (DIU)	n.	1 unité				
Paludisme							
15	Quinine	o.	1 comprimé				
16	Quinine	p.	Injectable				
17	traitement associe a base d'artémisine (Artésunate+ amodiaquine)	q.	1 comprimé				
18	traitement associe a base d'artémisine (Artésunate+ luméfantrine)	r.	1 comprimé				
19	traitement associe a base d'artémisine (Artésunate+ luméfantrine)	s.	sirop				
20	Fansidar / Sulphadoxine-Pyrimethamine (SP)	t.	1 comprimé				
Tuberculose							
21	Rifampicine	u.	_____ mg				
22	Streptomycine	v.	_____ mg				
23	Isoniazide (INH)	w.	_____ mg				
24	Pyrazinamide	x.	_____ mg				
25	Ethambutol	y.	_____ mg				
26	Combitabs (comprimé de médicaments associés)	z.	1 comprimé				
27	Kits de diagnostics	aa.	1 kit				

Soins obstétricaux d'urgence							
28	Sulfate de Magnésium	ab.	Injectable				
29	Diazepam Injection	ac.	Injectable				
30	Misoprostol	ad.	1 comprimé				
31	Oxytocine	ae.	Injectable				
Vaccins							
32	Bacille Calmette-Guérin (BCG)	af.	1 dose				
33	Vaccin oral contre la Polio	ag.	1 dose				
34	Toxoïde Tétanique (TT)	ah.	1 dose				
35	Dyphteria Tetanus Pertussis (DTP)	ai.	1 dose				
36	Vaccin contre l'hépatite B ,Tetravalent	aj.	1 dose				
37	Vaccin contre la rougeole	ak.	1 dose				
38	Vaccin HiB	al.	1 dose				
39	Pentavalent (DTC, l'hépatite B, Haemophilus influenzae B)	am.	1 dose				
trousse de diagnostic rapide							
40	Trousse de diagnostic rapide du paludisme	an.	1 unité				
41	Kit de dépistage du VIH	ao.	1 unité				
42	Kit de test biologique de grossesse	ap.	1 unité				
43	Test de syphilis (VDRL,TPHA)	aq.	1 unité				
44	Kit d'analyse des urines (albumine et sucre)	ar.	1 unité				
45	Kit de transfusion sanguine	as.	1 unité				
46	Kit Glycémie	at.	1 unité				
(14,16)	Que faites-vous lorsque cette FOSA est en rupture de médicaments tels que le Coartem, l'Amoxicilline etc. ? ENQUÊTEUR : NE LISEZ PAS LES OPTIONS. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a.	ON INFORME LE RESPONSABLE DU CENTRE				
		b.	APPEL LA PHARMACIE DE LA PREFECTURE/DISTRICIT				
		c.	ON APPELLE L'ÉQUIPE CADRE DE LA PREFECTURE/DISTRICT				
		d.	ON ACHÈTE LES MÉDICAMENTS SUR PLACE, AU MARCHÉ DE LA LOCALITÉ				
		e.	NOUS DEMANDONS AUX PATIENTS D'ALLER ACHETER AU MARCHÉ DE LA LOCALITÉ				
		f.	NOUS ALLONS A LA CAPITALE ACHETER LES MÉDICAMENTS				
		g.	AUTRE, PRÉCISER: _____				

(15) Aire sanitaire				ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(15,01)	Quel est le bassin de population de cette formation sanitaire ?	RGPH - Bureau central des recensements (BCR)	1		
		Décompte de la formation sanitaire	2		
(15,02)	Pouvez-vous nous donner une liste des villages/quartiers faisant partie de l'aire sanitaire de cette formation sanitaire ?		NOM :	Population	Distance en KMs
		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
		11			
		12			
		13			
		14			
		15			
		16			
		17			
		18			
		19			
20					
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> MERCI DE VOTRE DISPONIBILITÉ </div>					