

Evaluation d'impact du Financement de la Santé Basé sur les Résultats
SENEGAL 2014
Questionnaire sur l'absentéisme

Cet outil est utilisé pour collecter des informations, à travers des visites surprises dans les structures de santé, sur les absences du personnel de santé et les raisons de leurs absences. Ces informations pourront être obtenues auprès de l'administration.

Identification																													
1. Numéro de la visite <i>Inscrire 1 si c'est la première visite, 2 si c'est la deuxième et 3 si c'est la troisième.</i>	<input type="text"/>																												
2. Nom de l'enquêteur _____	<input type="text"/>																												
3. Formation Sanitaire _____	<table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	<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"/>	<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"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
4. Village ou Quartier de Ville _____																													
5. Collectivités locales (Com/Arrond) _____																													
6. District sanitaire _____																													
7. Région _____																													
8. Nom et signature du contrôleur _____ / /																													
9. Nom et signature du superviseur: _____ / /																													

10. DATE DE LA VISITE _____ / _____ / _____ Jour / Mois / Année

11. HEURE DE DEBUT DE L'ENQUETE	H__ __ : M__ __
12. HEURE DE FIN DE L'ENQUETE	H__ __ : M__ __

13. EFFECTIF DU PERSONNEL (TOUTES CATEGORIES CONFONDUES) A LA DATE D'AUJOURD'HUI.

--	--	--

Cette enquête doit être réalisée en 3 étapes :

- 1. En montrant votre lettre d'introduction du ministère de la santé au responsable de la structure, noter sur la fiche de collecte, les noms de tous les agents présents;**
- 2. Comparer la liste des prestataires présents à celle fournie par le responsable de la formation sanitaire lors de l'enquête sur les structures de santé ;**
- 3. Interroger le responsable de la formation sanitaire ou le responsable du personnel sur les motifs d'absence de chaque agent absent.**

ENQUETEUR :

EST CONSIDERE COMME ABSENT, UN PRESTATAIRE QUI A ETE LISTE PARMIS LES MEMBRES DE LA STRUCTURE, LORS DE L'ENQUETE SUR LES STRUCTURES DE SANTE (M1), ET QUI N'EST PAS REPERTORIE PRESENT LORS DE LA VISITE INOPINEE.



14. N° D'ordre	15. Nom agent	16. Prénom agent	17. Catégorie	18. Présent ?	19. Raisons de l'absence								
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>									

NB: Insérer cette page autant de fois que nécessaire et l'agrafer aux précédentes