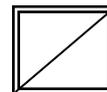


ETUDE POUR LA MISE EN PLACE
D'UN SYSTEME DE SUIVI DES DEPENSES PUBLIQUES
SENEGAL – SECTEUR DE LA SANTE -

QUESTIONNAIRE N°3
REGISTRE DU CENTRE / POSTE DE SANTÉ

2002



I. IDENTIFICATION DU REGISTRE DU CENTRE DE SANTE

1. REGION _____	7. TYPE : 1. CENTRE 2. POSTE SANTÉ: _____
2. DEPARTEMENT _____	8. ADRESSE : _____
3. ARRONDISSEMENT _____	
4. COMMUNE/CR _____	9. NOM DU RESPONSABLE DU CENTRE OU POSTE SANTÉ : _____
5. MILIEU (Urbain..1 Rural..2) _____	
6. NOM DU CENTRE OU POSTE SANTÉ: _____	

II. OPERATIONS

TERRAIN		CODE
1. NOM DE L'ENQUETEUR : _____		_____
Visite 1	Visite 2	Visite 3
_____	_____	_____
j.j mm Code	j.j mm Code	j.j mm Code
Résultat	Résultat	Résultat
SAISIE DES DONNÉES		CODE
2. NOM DE L'AGENT DE SAISE : _____		_____

	j.j mm	
SUPERVISION		CODE
3. NOM DU SUPERVISEUR : _____		_____

	j.j mm	

OBSERVATIONS :

Code Résultat :

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 1. Questionnaire complète | 4. Absence prolongée |
| 2. Questionnaire incomplet | 5. Indisponibilité |
| 3. Absence temporaire | 6. Refus de répondre |

Heures d'ouverture et de fermeture

1	Le Centre/Poste de Santé a-t-il des horaires d'ouverture et de fermeture fixes?	Oui = 1		Si non → 3
		Non = 2		
2	Quelles sont les heures d'ouverture et de fermeture du Centre/Poste de Santé?			
		(1)	(2)	(3)
		Heure d'ouverture	Heure de fermeture	Heure limite pour recevoir un malade
format: hh.mm				
1.	Jours ouvrables	_ _ _ h _ _ _ m	_ _ _ h _ _ _ m	_ _ _ h _ _ _ m
2.	Samedi	_ _ _ h _ _ _ m	_ _ _ h _ _ _ m	_ _ _ h _ _ _ m
3.	Dimanche	_ _ _ h _ _ _ m	_ _ _ h _ _ _ m	_ _ _ h _ _ _ m

Activités du Centre de Santé

3	Nombre de consultations de Janvier à Mars 2002			
		(1)	(2)	(3i)
		Janvier	Février	Mars
1.	Consultations des enfants	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
2.	Paludisme	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
3.	Infections Respiratoires	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
4.	Diarrhée	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
5.	Consultations des adultes	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
6.	Paludisme	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
7.	Consultations prénatales	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
8.	Consultations postnatales	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
9.	Visites de planning familial	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
10.	Consultations pour MST	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	Consultations Externes	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
11.	Accouchements	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
12.	Vaccination des enfants	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
13.	Tests de laboratoire	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
14.	Hospitalisation	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
15.	Autre	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
20	TOTAL(1,2,3,4)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _



4	Le Centre/Poste de Santé offre-t-il des tests de dépistage du VIH/SIDA?	Oui = 1 Non = 2	
5	Ces tests sont-ils anonymes?	Oui = 1 Non = 2	
6	Combien le Centre/Poste peut-il payer pour ces tests?		
7	Nombre de tests effectués les trois derniers mois?	1. Janvier	
		2. Février	
		3. Mars	
10	TOTAL		

**Si non
→ 39**

8	Quelles mesures prenez-vous dans le cas où vous diagnostiquez ou suspectez un cas de VIH/SIDA?	Oui = 1 Non = 2
1.	Transfert vers un service de référence spécialisé	
2.	Conseils	
3.	Prévention des infections opportunes	
4.	Tests de tuberculose	
5.	Tests des autres MSTs	
6.	Soins palliatifs	
7.	Autre	

9	Combien de campagnes d'information sur le VIH/SIDA avez-vous menées à l'attention de:	Nombre
1.	La population en général	
2.	Les gays et les prostituées	
3.	La jeunesse	
4.	Autre	
10	TOTAL	

FIN DU QUESTIONNAIRE

