

ENQUETE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES MENAGES

QUESTIONNAIRE AUPRES DES DISPENSAIRES

NOM DU DISPENSAIRE :

LIEU :

IDENTIFICATION DES US DESSERVIES PAR CE DISPENSAIRE :

PREMIERE :

(MILIEU) (R.E) (U.P) (U.S)

DEUXIEME :

(MILIEU) (R.E) (U.P) (U.S)

TROISIEME:

(MILIEU) (R.E) (U.P) (U.S)

NOM ET STATUT DU
CHEF D'ETABLISSEMENT :

NOM ET PRENOM DE LA
PERSONNE ENQUETEE :

I CARACTERISTIQUES DU DISPENSAIRE :

01. En quelle année ce dispensaire a-t-il été construit ?

ANNEE :

02. Y'a-t-il une salle d'opérations dans ce dispensaire?

OUI.....1
NON.....2

03. Fait-on des analyses médicales dans ce dispensaire ?

OUI.....1
NON.....2

04. Est-ce que les patients payent pour les services
fournis par ce dispensaire ?

OUI.....1
NON.....2

II SERVICES :

1. Maintenant je voudrais savoir quels services sont fournis par votre dispensaire. Fournissez vous les services suivants :	2. Pendant quels jours de la semaine et combien d'heures chaque jour ?							3. Faut-il payer pour ce service?	4. Combien faut-il payer?
NON 2 (» service suivant)	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	OUI...1 NON...2(» service suivant)	MONTANT EN DR

1	Consultation pour les malades ?								
2	Vaccination ?								
3	Accouchement ?								
4	Consultations Prénatales								
5	Consultations Postnatales								
6	Programme de contrôle de croissance des enfants ?								
7	Programme de secours des enfants mal nourris ?								
8	Autres services ? (à préciser)								

III PERSONNEL :

C O D E S	PERSONNEL	1. Combien de ...[...]..travaillent dans ce dispensaire ?	2. Combien de ...[...].. ont travaillé au cours des 24 dernières heures au total ?
		NOMBRE	NOMBRE
01	Médecins		
02	Dentistes / Chirurgiens		
03	Infirmier(e)s Diplômés d'état		
04	Infirmier(e)s Brevetet		
05	Sage-femmes		
06	Assistants Sociaux		
07	Chauffeurs		
08	Personnel de Bureau		
09	Personnel subalterne		
10	Autre Personnel		

IV EQUIPEMENTS :

C O D E S	1. Le dispensaire dispose- t-il de ...[...]?	2. Combien de ...[...] avez-vous dans ce dispensaire ?	3. Combien de ces ...[...] fonctionnent-il actuellement ? (ne sont pas en panne)
	OUI...1 NON...2(«4)	NOMBRE	NOMBRE
1	Véhicules légers Voitures;		
2	Véhicules Frigorifiques;		
3	Equipes mobiles;		
4	Ambulances;		
5	Mot cyclettes;		
6	Autres Véhicules;		

4. Ce dispensaire est-il équipé en climatiseurs ?

☐

OUI.....1

NON.....2 (« section V)

5. Est-ce que les climatiseurs fonctionnent ?
(ne sont pas en panne)

☐

OUI.....1

NON.....2

CERTAINS MAIS PAS TOUS....3

V. VACCINATION :

1. Le dispensaire fournit-il des vaccinations ?

☐

OUI.....1

NON.....2 (« Section Suivante)

C O D E S	TYPE DE VACCIN	2. Fournissez vous d'habi- tude le ..VACCIN].. dans ce dispensaire?	3. Avez-vous de ..[VACCIN].. en stock aujourd'hui	4. Combien faut-il payer pour le .[VACCIN]
		OUI.....1 NON.....2 (« SUIV)	OUI...1 NON...2	MONTANT EN DH
1	BCG à la naissance			
2	DT/COQ/POLIO(1 mois et demi) (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, poliomyélite)			
3	DT/COQ/POLIO(2 mois et demi) (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, poliomyélite)			
4	DT/COQ/POLIO(3 mois et demi) (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, poliomyélite)			
5	Rougeole (9 mois)			

VI PHARMACIE :

C D D E S	<p>1. Les médicaments suivants, sont-ils stockés dans votre dispensaire aujourd'hui?</p> <p>OUI...1 (« MED SUIV) NON...2</p>	<p>2. Recevez-vous les livraisons de ...[...]. normalement?</p> <p>OUI...1 (« MED SUIV) NON...2</p>	<p>3. Combien de temps votre dernière livraison de ...[...]. a-t-elle duré avant d'être épuisée ?</p> <p>EN SEMAINES</p>
01	NIVADOINE		
02	MAYLOX		
03	ASPIRINE		
04	CHARBON		
05	SELS DE REHYDRATATION		
06	EOSINE		
07	ALCOOL IODEE		
08	COMPRESSES		
09	SUPPOSITOIRE PULMONAIRE		
10	ASCOBIOL		
11	AUREOMYCINE POMADE		

4. Faut-il payer pour les médicaments fournis par votre dispensaire?

OUI....1

NON....2 (« 6)

5. Combien faut-il payer pour les médicaments suivants :

SI LE MEDICAMENT N'EST PAS FOURNI, LAISSER A BLANC;
SI LE MEDICAMENT EST GRATUIT, ECRIRE ZERO POUR LE MONTANT;

Code	Médicament	Montant			
1	NIVAQUINE	MONTANT	<input type="text"/>	POUR <input type="text"/>	COMPRIMES
			(DH) (CTS)		
2	ASPIRINE	MONTANT	<input type="text"/>	POUR <input type="text"/>	COMPRIMES
			(DH) (CTS)		
3	CHARBON	MONTANT	<input type="text"/>	POUR <input type="text"/>	COMPRIMES
			(DH) (CTS)		

6. Quand a été votre dernière livraison de médicaments ?

MOIS

ANNEE

7. A peu près quand sera votre prochaine livraison ?

MOIS

ANNEE