

MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INTENTIONALLY LEFT BLANK

IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION DE SANTÉ

001	NOM DE L'INSTITUTION SANITAIRE _____		
002	DEPARTEMENT		<input type="text"/>
003	VILLE/COMMUNE		<input type="text"/>
003A	SECTION COMMUNALE		<input type="text"/>
004	AIRE METROPOLITAINE/AUTRES VILLES/LOCALITE		<input type="text"/>
	Aire Metropolitaine =1. Autres villes=2, Localite=3		
005	CODE DE L'INSTITUTION	<input type="text"/>	<input type="text"/>
006	TYPE SANITAIRE		
	HOPITAL UNIVERSITAIRE		1
	HOPITAL DEPARTEMENTAL		2
	HOPITAL COMMUNAUTAIRE DE REFERENCE		3
	AUTRES HOPITAUX		4
	CENTRE DE SANTE AVEC LIT		5
	CENTRE DE SANTE SANS LIT		6
	DISPENSAIRE/CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ		7
007	STATUT DE LA SANITAIRE (PROPRIETE)		
	PUBLIQUE		1
	PRIVE SANS BUT LUCRATIF		2
	PRIVE A BUT LUCRATIF		3
	MIXTE		4
008	URBAIN/RURAL		
	URBAIN		1
	RURAL		2
009	HOSPITALISATION SEULEMENT		
	OUI		1
	NON		2

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	/ /	/ /	/ /	JOUR <input type="text"/>
				MOIS <input type="text"/>
				ANNEE <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUETEUR <input type="text"/>
RESULTAT	_____	_____	_____	RESULTAT <input type="text"/>

CODES RESULTAT (VISITE FINALE):

- 1 : REMPLI POUR L'INSTITUTION
- 2 : REPENDANT NON DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION
- 3 : DIFFERE/PARTIELLEMENT REMPLI
- 4 : REFUS
- 5 FERME/PAS OPERATIONEL
- 6 : AUTRE _____

(SPECIFIER)

NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

	INTERVIWEE/ OBSERVE	TOTAL
NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWÉS.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN CPN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN PF.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS CONSULTATIONS ENFANTS MALADES.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONSENTEMENT

IDENTIFIER LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'INSTITUTION DE SANTE OU LE PRESTAIRE AYANT LE GRADE LE PLUS ELEVE ET QUI EST PRESENT DANS L'INSTITUTION ET LIRE LA PRESENTATION SUIVANTE.

Bonjour! Je m'appelle _____. Je travaille a L'INSTITUT HAITIEN DE L'ENFANCE (IHE) POUR LE MINISTERE DE LA SANTE dans une étude des institutions de santé, pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations de services de santé en Haïti.

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

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

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

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

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

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

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

				2	0	1
--	--	--	--	---	---	---

		JOUR	MOIS	ANNEE				
100	Puis-je commencer l'interview?							
			OUI	1				
			NON	2 → ARRET				
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW							
		<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
		HEURES		MINUTES				

EXPLIQUEZ A L'INTERVIEWE(E) DES LE DEBUT DE L'INTERVIEW QU'IL Y AURA DES QUESTIONS SUR LES REUNIONS DE GESTION ET SUR LES ACTIVITES REALISEES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. EXPLIQUEZ AUSSI QUE VOUS AUREZ BESOIN DE CONSULTER LES RAPPORTS DE CES REUNIONS ET ACTIVITES. ET QU'IL SERA IMPORTANT DE CONSULTER TOUS LES RAPPORTS DES CES REUNIONS ET DES ACTIVITES. SOLICITEZ CES RAPPORTS S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE SUR LE LIEU DE L'INTERVIEW.

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

ATTENTION!!!!!!!!!!!!!!

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

SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	VERIFIEZ Q102.17 FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS L'INSTITUTION □ ↓	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC □ ALLER A LA SECTION SUIVANTE OU AU LIEU DE SERVICE ←	
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL LABO OU L'ENDROIT OÙ ON FAIT LA PLUPART DES ANALYSES AVANT DE COMMENCER LA COLLECTE DE DONNÉES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE OBJET D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATIONS SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS L'INSTITUTION ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.			

HEMATOLOGIE

801	Est-ce qu'on fait des test d'anémie ici-même dans l'institution?	OUI 1 NON 2	→ 803						
802	Veuillez SVP me dire si: 1) Chacun des équipements pour le test d'anémie est utilisé dans l' institution, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	(a)	(b)	(c)					
		UTILISÉ	EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?			Est-ce que le materiel est fonctionnel?			
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	Analyseur d'hématologie (pour comptage lymphocytaire total, la formule sanguine complète, comptage plaquettaire, etc.)	1 → b 2 ↘ 02 ←	1 → c	2 → c	3 ↘ 02 ←	1	2	8	
02	HemoCues	1 → b 2 ↘ 03 ←	1 → c	2 → c	3 ↘ 03 ←	1	2	8	
03	Test d' Emmel (pour anémie falciforme) (cycling test)	1 → b 2 ↘ 04 ←	1 → c	2 → c	3 ↘ 04 ←	1	2	8	
04	Appareil d'electrophorese (pour l'electrophorese d'hemoglobine)	1 → b 2 ↘ 05 ←	1 → c	2 → c	3 ↘ 05 ←	1	2	8	
05	Microcuvettes (avec une date d'expiration valide)		1	2	3				
06	Colorimètre ou hemoglobinomètre	1 → b 2 ↘ 08 ←	1 → c	2 → c	3 ↘ 08 ←	1	2	8	
05	Solution de Drabkin (pour colorimètre et hémoglobinomètre)		1	2	3				
07	Pipette (pour mesurer le volume du sang)	1 → b 2 ↘ 08 ←	1	2	3				
08	Papier litmus pour test d'hémoglobine (avec date d'expiration valide)	1 → b 2 ↘ 09 ←	1	2	3				
09	Hématimètre	1 → b 2 ↘ 803 ←	1 → c	2 → c	3 ↘ 803 ←	1	2	8	
803	Est-ce qu'on fait le comptage des CD4 dans cette institution?							1 2	→ 806

804	Veuillez SVP me dire si: 1) Chacun des équipements pour le comptage des CD4 est utilisé dans l'institution 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	(a)		(b)			(c)		
		UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?			Est-ce que le materiel est fonctionnel? <u> </u>		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	Cytomètre de flux (Ex: Appareil de comptage FACS)	1 → b	2 ↘ 03 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 03 ↙	1	2	8
02	Reactif de l'analyseur de cytométrie de flux			1	2	3			
03	Analyseur fluorescent/Analyseur PIMA	1 → b	2 ↘ 05 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 05 ↙	1	2	8
04	Encre pour l'analyseur fluorescent			1	2	3			
05	Bandelettes pour le test rapide de CD4	1 → b	2 ↘ 806 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 806 ↙	1	2	8

DEPISTAGE DU VIH

806	Est-ce que la institution fait des tests VIH, y compris le TDR du VIH, soit dans l'institution même, soit par référence?	OUI NON	1 2	→827
807	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI NON	1 2	→809
808	Puis-je voir un kit de TDR du VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE. OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.	1 2 3	
809	Est-ce qu'on utilise dans ce service, un papier buvard pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage du VIH?	OUI NON	1 2	→811
810	Puis-je voir un exemplaire de papier buvard de la carte de prelevement? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE. OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.	1 2 3	

811	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests VIH ou l'un des équipements suivants est utilisé dans l'institution, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) les équipements sont fonctionnel ou kits de test non expirés	(a) TEST FAIT		(b) EST-CE QUE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			(c) EST-CE L'EQUIPEMENT EST FUNCTIONNEL OU NON EXPIRÉ?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	Test de dépistage du VIH à l'aide du test ELISA	1 → b	2 ↵ 06 ↵						
02	Scanner/lecteur ELISA/EIA	1 → b	2 ↵ 06 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 03 ↵	1	2	8
03	Laveur de microplaque (pour scanner/lecteur ELISA)			1 → c	2 → c	3 ↵ 04 ↵	1	2	8
04	Kits d'analyse ELISA spécifiques (ENZYGNOST, VIRONOSTICA, MUREX)			1 → c	2 → c	3 ↵ 05 ↵	1	2	8
05	Incubateur	1 → b	2 ↵ 06 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 06 ↵	1	2	8
06	Réactif Dynabeads avec mélangeur tourbillonnaire vortex	1 → b	2 ↵ 07 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 07 ↵	1	2	8
07	Test Western Blot	1 → b	2 ↵ 08 ↵	1	2	3			
08	PCR pour analyse de la charge virale [réaction de polymérisation en chaîne (PCR)]	1 → b	2 ↵ 09 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 09 ↵	1	2	8
09	PCR pour ADN-EID	1 → b	2 ↵ 812 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 812 ↵	1	2	8
812	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur comment faire un test VIH (cela pourrait être les instructions du fabricant, notices, etc.)?			OUI NON			1 2		→ 814
813	Puis-je voir les directives, les instructions, notices?			OBSERVÉES			1		
				RAPPORTÉES, PAS VUES			2		
814	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE			OUI NON			1 2		→ 816
815	Puis-je voir les directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH?			OBSERVÉES			1		
				RAPPORTÉES, PAS VUES			2		
816	Est-ce qu'il y a d'autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?			OUI NON			1 2		→ 818
817	Puis-je voir les autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?			OBSERVÉES			1		
				RAPPORTÉES, PAS VUES			2		
818	Est-ce qu'il y a un système établi pour un contrôle de qualité externe pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?			OUI			1		→ 823
				NON			2		
819	Quel système de contrôle de qualité externe, est utilisé pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire? SONDER POUR SAVOIR LE SYSTÈME UTILISÉ. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE.			COMITE DE COMPETENCE			A		
				INSPECTION EXTERNE/ OBSERVATION DE LA TECHNIQUE			B		
				ECHANTILLONS DE SANG ENVOYES AILLEURS POUR RE-DEPISTAGE			C		
				ÉVALUATION EXTERNE DE LA QUALITÉ			D		
				AUTRE _____			X		
				SPÉCIFIEZ					
820	Est-ce qu'il y a un document sur les résultats du contrôle de qualité externe?			OUI			1		→ 823
				NON			2		
821	Puis-je voir le rapport ou le document sur les résultats du contrôle de qualité externe?			OBSERVÉ			1		→ 823
				RAPPORTÉ, PAS VU			2		

822	VERIFIEZ LE RAPPORT ET INSCRIVEZ LE PLUS RECENT POURCENTAGE D'ERREUR RELEVÉ PAR LE CONTRÔLE DE QUALITE EXTERNE SELON LE RAPPORT.	POURCENTAGE D'ERREUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
		PAS DISPONIBLE 95			
823	Est-ce qu'on envoie des échantillons de sang en dehors de l'institution pour le dépistage du VIH?	OUI 1 NON 2	→ 827		
824	Pour lequel des tests de dépistage du VIH on envoie des échantillons de sang en dehors de l'institution? INSISTER	ELISA/EIA A WESTERN BLOT B PCR POUR EID (DÉPOSTAGE NÉONATAL DE VIH) C DEPISTAGE RAPIDE D AUTRE X			
825	Est-ce que vous avez un document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de l'institution ?	OUI 1 NON 2	→ 827		
826	Puis je voir le document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de l'institution ?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2			
826A	Est-ce qu'il existe dans ce service un réfrigérateur pour la conservation des réactifs et produits?	OUI 1 NON 2	→ 827		
826B	Puis-je voir le réfrigérateur?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	→ 827		
826C	Avez-vous une feuille de température (un graphique de suivi de la chaîne de froid)?	OUI 1 NON 2	→ 826F		
826D	Puis-je voir la feuille de température?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	—		
826E	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR OÙ ON CONSERVE LES REACTIFS ET PRODUITS?	ENTRE +2 ET +6 DEGRES 1 PLUS DE +6 DEGRES 2 MOINS DE +2 DEGRES 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL 4			
826F	Avez-vous un système d'air conditioning au niveau de laboratoire?	OUI 1 NON 2			

PRECAUTIONS DE BASE

VISITER L'ENDROIT OÙ ON FAIT LE DEPISTAGE DU VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ A VOTRE REpondant DE VOUS LES MONTRER				
827	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

BIOCHIMIE

830	Est-ce qu'on fait n'importe quel type des tests de glycémie dans cette institution?	OUI	NON	1	2	→ 832				
831	Veuillez SVP me dire si: a) Les équipements suivant d'analyse de glucose sont utilisés dans cette institution b) L'équipement est disponible, et c) L'équipement est fonctionnel	(a)		(b)			(c)			
		UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			T-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL/VALIDE?			
	OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP		
01	Glucometre	1 → b	2] 02 ←	1 → c	2 → c	3] 02 ←	1	2	8	
02	Bandelettes de test VERIFIEZ LA DATE DE PREREMPTION	1 → b	2] 832 ←	1 → c	2 → c	3] 832 ←	1	2	8	
832	Est-ce qu'on fait dans cette institution des analyses de la fonction hépatique (tels que l'ALAT & l'ASAT) ou des analyses de la fonction rénale (telles que la créatinine sérique)?	OUI			NON			1	2	→ 836
833	Est-ce que cette institution dispose d'un analyseur biochimique ou d'un spectrophotomètre sanguin qui permet de faire la créatinine sérique, le TFH et la glycémie?	OUI			NON			1	2	→ 836
834	Puis-je voir l'analyseur biochimique sanguin ou le spectrophotomètre ?	OBSERVÉ			RAPPORTÉ, PAS VU			1	2	
835	Est-ce que l'analyseur biochimique sanguin ou le spectrophotomètre est fonctionnel? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTÉE	OUI			NON			1	2	
836	Est-ce qu'on utilise dans cette institution des automats de biochimie utilisant bandelettes et / ou des tests de grossesse?	OUI			NON			1	2	→ 838
837	Veuillez SVP me dire si les bandelettes réactives suivantes sont utilisées et sont disponibles aujourd'hui;	(A) UTILISÉ		(B) OBSERVÉ DISPONIBLE		RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI			
		OUI	NON	OBSERVÉ AU MOINS UN VALIDE	OBSERVÉ AUCUN VALIDE					
	01	N'importe quel type de bandelettes réactives pour la recherche de protéines urinaires (avec une date d'expiration valide)		1 → b	2] 02 ←	1	2	3	4	
	02	N'importe quel type de bandelettes réactives pour la recherche de glucose urinaire (avec date d'expiration valide)		1 → b	2] 03 ←	1	2	3	4	
03	N'importe quel type de test de grossesse (avec date d'expiration valide)		1 → b	2] 838 ←	1	2	3	4		
838	Est-ce que vous avez une fois envoyé des prélèvements de sang ou d'urine en dehors de l'institution pour des analyses biochimiques du sang, les tests de fonctions hépatiques (TFH) des analyses d'urines, ou des tests de grossesse?	OUI			NON			1	2	→ 840
839	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVÉ, CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE L'INSTITUTION	(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ HORS DE LA institution				(B) DOCUMENT DES RESULTATS DES TESTS OBSERVÉ				
		OUI		NON		OUI		NON		
	01	Analyses biochimiques du sang (par exple sucre, sodium, potassium etc.)		1 → b	2] 02 ←	1	2			
	02	Test des fonctions hepatiques (TFH)		1 → b	2] 03 ←	1	2			
	03	Test d'urine		1 → b	2] 04 ←	1	2			
04	Test de grossesse		1 → b	2] 840 ←	1	2				

PARASITOLOGIE/BACTERIOLOGIE

840	Veuillez me dire SVP si: a) Les EQUIPEMENTS suivants sont utilisés dans cette institution b) sont disponible, et c) Les équipements sont fonctionnels	(a)		(b)			(c)		
		EQUIPEMENT/TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	MICROSCOPE OPTIQUE	1 → b 02 ↙	2 ↘	1 → c	2 → c	3 ↘ 02 ↙	1	2	8
02	MICROSCOPE À FLUORESCENCE	1 → b 03 ↙	2 ↘	1 → c	2 → c	3 ↘ 03 ↙	1	2	8
03	REFRIGERATEUR DANS LE LABORATOIRE	1 → b 04 ↙	2 ↘	1 → c	2 → c	3 ↘ 04 ↙	1	2	8
04	INCUBATEUR	1 → b 05 ↙	2 ↘	1 → c	2 → c	3 ↘ 05 ↙	1	2	8
05	TUBES A ESSAI / EPROUVETTES	1 → b 06 ↙	2 ↘	1	2	3			
06	CENTRIFUGEUSE POUR LA MICROBIOLOGIE (LCR)	1 → b 07 ↙	2 ↘	1 → c	2 → c	3 ↘ 7 ↙	1	2	8
07	MILIEU DE CULTURE CELLULAIRE	1 → b 08 ↙	2 ↘	1	2	3			
08	LAME PORTE-OBJETS ET LAMELLES COUVRE-OBJETS	1 → b 841 ↙	2 ↘	1	2	3			
841	Est-ce qu'on fait ici des tests quelconque sur le malaria, c'est-à-dire dans l'institution?				OUI.....	1			
					NON.....	2	→848		
842	Est-ce que les TDR sont utilisés dans ce service pour diagnostiquer la malaria?				OUI.....	1			
					NON.....	2	→847		
843	Puis-je voir un exemplaire du kit de TDR pour la malaria?				OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....	1			
	VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.				OBSERVÉ, AUCUN VALIDE.....	2			
					RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....	3	→845		
844	OBSERVEZ ET DEMANDER LE TYPE OU LA MARQUE DU KIT. DE TDR DE LA MALARIA				FIRST RESPONSE	A			
					BIOLINE	B			
					CARESTART	C			
					AUTRE MARQUE/TYPE _____	X	SPECIFIEZ		
845	Est-ce que vous posséder d'un manuel de formation, un poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR de la malaria?				OUI.....	1			
					NON.....	2	▶ 847		
846	Puis-je voir le manuel de formation, le poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR de la malaria?				OBSERVÉ.....	1			
					RAPPORTÉ, PAS VU.....	2			
847	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur la malaria est utilisé dans l' institution 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	(a)		(b)					
		EQUIPEMENT/TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?					
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI			
		01	COLORANT DE GIEMSA (MGG)	1 → b 02 ↙	2 ↘	1			
02	COLORANT/PAPIER DE FIELD	1 → b 03 ↙	2 ↘	1	2	3			
03	COLORANT ACRIDINE ORANGE	1 → b 03A ↙	2 ↘	1	2	3			

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

SYPHILIS

854	Est-ce qu'on fait ici un quelconque test sur la syphilis , c'est-à-dire dans l'institution?	OUI.....	1									
		NON.....	2		→ 859							
855	Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la syphilis pour faire le diagnostic de la syphilis?	OUI.....	1									
		NON.....	2		→ 857							
856	Puis-je voir un exemplaire de TDR de la syphilis?	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....			1							
		OBSERVÉ, AUCUN VALIDE.....			2							
	VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....			3							
857	En plus de TDR de la syphilis, est-ce cette institution fait d'autres tests quelconques sur la syphilis?	OUI.....	1									
		NON.....	2		→ 859							
858	Veuillez SVP me dire si: a) L'un des tests ou équipements suivants sur la syphilis est utilisé dans l'institution b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles c) L'équipement est fonctionnel	(a) TEST FAIT		(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?					
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP			
01	VDRL	1 → b	2] 02 ←	1	2	3						
02	PCR pour ISTs (CTN)	1 → b	2] 03 ←	1	2	3						
03	Rotateur			1 → c	2 → c	3] 04 ←				1	2	8
04	RPR (Rapid plasma reagin test)	1 → b	2] 05 ←	1	2	3] 05 ←						
05	TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay)	1 → b	2] 859 ←	1	2	3] 859 ←						

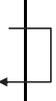
CHLAMYDIA

859	Est-ce qu'on fait ici un quelconque test sur le Chlamydia, c'est-à-dire dans l'institution?	OUI.....	1						
		NON.....	2		→ 861				
860	Veuillez SVP me dire si: a) L'un des tests ou équipements suivants sur le Chlamydia est utilisé dans l'institution b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	(a) TEST FAIT		(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?					
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE			
01	Coloration de Geimsa	1 → b	2] 02 ←	1	2	3			
02	PCR pour CHLAMYDIA	1 → b	2] 861 ←	1	2	3			

TUBERCULOSE

861	Est-ce qu'on fait des tests sur la TB dans cette institution?	OUI. 1 NON. 2	→ 865	
862	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur la TB est utilisé dans l'institution 2) Tous les éléments nécessaires pour les tests sont disponibles. 3) Les équipements sont fonctionnels	(a)	(b)	(c)
		EQUIPEMENT/ TEST UTILISÉ	EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLES?	EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?
		OUI NON	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	OUI NON NSP
01	Test de Ziehl-Neelson pour BAAR (bacilles acido-alcoolo-résistants)	1 2 05 ↙		
02	Carbol Fuchsine (fuchsine phéniquée)	1 → b 2 03 ↙	1 2 3	
03	Acide sulphurique (concentration 20 - 25%) ou acide d'alcool	1 → b 2 04 ↙	1 2 3	
04	Bleu de méthylène	1 → b 2 05 ↙	1 2 3	
05	Microscope à fluorescence (MF)	1 → b 2 06 ↙	1 → c 2 → c 3 06 ↙	1 2 8
06	Milieu de culture cellulaire (par exemple, système MGIT 960)	1 → b 2 07 ↙	1 2 3	
07	Capuche/cagoule de biosécurité	1 → b 2 862A ↙	1 2 3	
862A	Quel est la qualification de la personne qui effectue la bacilloscopie	Technicien de laboratoire 1 Bacilloscopist 2 Autre 6		
863	Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la TB	OUI. 1 NON. 2	→ 865	
864	Puis-je voir un exemplaire de TDR de la TB? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3		
865	Est-ce qu'il a dans ce service des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?	OUI. 1 NON. 2	→ 870	
866	Puis-je voir un échantillon de crachoir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 3		
867	Est-ce qu'on envoie des échantillons de crachats en dehors de l'institution pour le dépistage de la TB?	OUI. 1 NON 2 NSP 8	→ 870	
868	Est-ce qu'il y a un document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?	OUI. 1 NON. 2	→ 870	
869	Puis-je voir le document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2		
870	Est-ce qu'il existe un système de contrôle de qualité (soit interne ou externe) pour les analyses de crachat effectuées dans ce laboratoire?	OUI. 1 NON 2	→ 880	
871	Veuillez me dire SVP quel type de pratique de contrôle de de qualité est suivi dans cette institution? SONDER POUR SAVOIR QUEL TYPE DE CONTRÔLE QUALITE EST UTILISE.	CQ INTERNE SEULEMENT. 1 CQ EXTERNE SEULEMENT. 2 CQ INTERNE & EXTERNE. 3 ENVOI DE LAMES POUR LA RELECTURE (CONTRÔLE). 4 AUTRE 9 (SPECIFIEZ)		
872	Est-ce qu'il y a des documents sur les résultats des procédures de contrôle qualité (interne ou externe)?	OUI. 1 NON. 2	→ 880	
873	Est-ce que les documents sont maintenus pour les procédures de CQ interne, les procédures de CQ externe, ou pour les deux procédures de CQ interne et externe?	DOCUMENTS SUR CQI SEULEMENT. 1 DOCUMENTS SUR CQE SEULEMENT. 2 DOCUMENTS SUR LES DEUX PROCEDURES DE CQ. 3		

IMAGERIE DE DIAGNOSTIC

880	Est-ce qu'on fait des diagnostics par radiographie, par les ultrasons ou par tomodensitométrie/tomographie avec ordinateur? SI OUI, DEMANDER A ALLER LÀ OÙ SE TROUVENT LES EQUIPEMENTS ET POSER DES QUESTIONS A LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET	OUI..... 1 NON 2	← 						
ALLER A LA SECTION SUIVANTE									
881	Veuillez SVP me dire : 1) Si l'un des équipements suivants pour la radiographie est utilisé dans cette institution, s'il est disponible aujourd'hui, et 2) S'il est fonctionnel aujourd'hui	(a)	(b)	(c)					
		EQUIPEMENT UTILISÉ	EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?			
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	APPAREIL DE RADIOGRAPHIE DIGITAL DIGITAL (SANS FILM)	1	2 02 ↙	1 → c	2 → c	3 02 ↙	1	2	8
02	APPAREIL DE RADIOGRAPHIE	1 → b	2 03 ↙	1 → c	2 → c	3 02 ↙	1	2	8
03	FILM POUR RADIOGRAPHIE NON PERIME	1 → b	2 04 ↙	1 → c	2 → c	3 03 ↙	1	2	8
04	ECHOGRAPHIE/SONOGRAPHIE	1 → b	2 05 ↙	1 → c	2 → c	3 04 ↙	1	2	8
05	CT SCAN (TOMODENSITOMETRE)	1 → b	2 06 ↙	1 → c 2 → c 3 ALLER A LA SECTION SUIVANTE ↙			1 ↙	2 ↙	8 ↙
REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.									

MODULE 1: INFORMATIONS GENERALES - DISPONIBILITE DES SERVICES

SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES ET HOSPITALISATION

DISPONIBILITE DES SERVICES

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

SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette institution admet des patients pour hospitalisation?	OUI. 1 NON 2	→ 112
111	Est-ce que cette institution dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI. 1 NON 2	→ 200
112	De combien de lits dispose au total cette institution pour l'observation ou pour l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	# DE LITS D'OBSERVATION/ D'HOSPITALISATION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP998	

SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

PROCEDURE DE STERILISATION DES INSTRUMENTS

200	J'ai quelques questions concernant la procedure de sterilisation des instruments chirurgicaux comme le speculum, forceps ou bien d'autre equipement metaliques. Sterilisez-vous les instruments dans cette institution?	OUI. 1 NON 2	→ 210
201	Est ce que la sterilisation finale est faite sur place, en dehors de cette institution ou bien les deux?	SEULEMENT DANS CETTE 1 SUR PLACE ET EN DEHORS 2 SEULEMENT EN DEHORS 3	

STOCKAGES DES MEDICAMENTS

210	Est-ce que cette institution dispose de stocks des medicaments (y compris les ARV), les vaccins ou des produits contraceptifs? SONDER	OUI. 1 NON 2	→ 300
211	VERIFIEZ Q102.04 FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/>	→ 213
212	Est ce que les produits contraceptifs sont stockés dans le service de PFou ailleur avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE PF 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 PRODUITS/PF NON STOCKES 3	
213	VERIFIEZ Q102.10 FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TB) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TB) <input type="checkbox"/>	→ 215
214	Est ce que les médicaments pour le traitement de la tuberculose sont stockés dans le service de tuberculose ou ailleur avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ANTI TBC NON STOCKE 3	
215	VERIFIEZ Q102.06 ou Q102.12 FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV <input type="checkbox"/>	→ 300
216	Est ce que les ARV pour le traitement du VIH/SIDA sont stockés dans le service de VIH/SIDA ou ailleur avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE ARV 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ARV NON STOCKES 3	

MODULE 2: DISPONIBILITE DU SERVICE GENERAL

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

DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24

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

COMMUNICATION

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

SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

330	<p>Quelle est actuellement la source habituelle d'approvisionnement en eau pour l'institution?</p> <p>OBSERVER SI L'EAU EST DISPONIBLE A PARTIR DE LA SOURCE OU BIEN DANS L'INSTITUTION, LE JOUR DE LA VISITE. PAR EXEMPLE VERIFIER QUE LE ROBINET EST FONCTIONNEL</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ROBINET DANS LE BATIMENT</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>ROBINET DANS LA COUR</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>BORNE FONTAINE PUBLIC</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>PUITS-CITERNE/FORAGE</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>PUITS PROTEGE</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>PUITS NON PROTEGE</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>SOURCE PROTEGEE</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>SOURCE NON PROTEGEE</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>EAU DE PLUIES</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td>EAU EN BOUTEILLE</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>CHARRETTE AVEC RESERVOIR/FÛT</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>CAMION CITERNE/TANKER</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG)</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>AUTRE (A SPECIFIER)</td><td style="text-align: right;">96</td></tr> <tr><td>NSP</td><td style="text-align: right;">98</td></tr> <tr><td>PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>	ROBINET DANS LE BATIMENT	01	ROBINET DANS LA COUR	02	BORNE FONTAINE PUBLIC	03	PUITS-CITERNE/FORAGE	04	PUITS PROTEGE	05	PUITS NON PROTEGE	06	SOURCE PROTEGEE	07	SOURCE NON PROTEGEE	08	EAU DE PLUIES	09	EAU EN BOUTEILLE	10	CHARRETTE AVEC RESERVOIR/FÛT	11	CAMION CITERNE/TANKER	12	EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG)	13	AUTRE (A SPECIFIER)	96	NSP	98	PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU	00	<p style="text-align: right;">→ 332</p> <p style="text-align: right;">→ 340</p> <p style="text-align: right;">→ 332</p> <p style="text-align: right;">→ 340</p>
ROBINET DANS LE BATIMENT	01																																		
ROBINET DANS LA COUR	02																																		
BORNE FONTAINE PUBLIC	03																																		
PUITS-CITERNE/FORAGE	04																																		
PUITS PROTEGE	05																																		
PUITS NON PROTEGE	06																																		
SOURCE PROTEGEE	07																																		
SOURCE NON PROTEGEE	08																																		
EAU DE PLUIES	09																																		
EAU EN BOUTEILLE	10																																		
CHARRETTE AVEC RESERVOIR/FÛT	11																																		
CAMION CITERNE/TANKER	12																																		
EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG)	13																																		
AUTRE (A SPECIFIER)	96																																		
NSP	98																																		
PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU	00																																		
331	<p>Est-ce que l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible au sein de l'institution même, à 500 mètres, ou au delà de 500 mètres de l'institution?</p> <p>UNE REPONSE RAPPORTEE EST ACCEPTABLE</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>AU SEIN DE L'INSTITUTION</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>A 500M DE L'INSTITUTION</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>AU DELA DE 500M DE L'INSTITUTION</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </table>	AU SEIN DE L'INSTITUTION	1	A 500M DE L'INSTITUTION	2	AU DELA DE 500M DE L'INSTITUTION	3																											
AU SEIN DE L'INSTITUTION	1																																		
A 500M DE L'INSTITUTION	2																																		
AU DELA DE 500M DE L'INSTITUTION	3																																		
332	<p>Est-ce qu'il y a d'habitude une période de l'année où il y a une sévère pénurie ou un manque d'eau dans l'institution?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>OUI</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>NON</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </table>	OUI	1	NON	2																													
OUI	1																																		
NON	2																																		

APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

340	<p>Est-ce que cette institution est connectée au réseau d'électricité publique (EDH)?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>OUI</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>NON</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>NSP</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> </table>	OUI	1	NON	2	NSP	8	<p style="text-align: right;">→ 342</p>		
OUI	1										
NON	2										
NSP	8										
341	<p>Au cours des 7 derniers jours, est-ce qu'il y avait de l'électricité (en du generateur de secours) au moment où les services étaient offerts, dehors ou bien y a-t-il eu à un moment une coupure d'électricité pendant plus de deux heures?</p> <p>CONSIDERER QUE L'ELECTRICITE EST TOUJOURS DISPONIBLE S'IL Y A EU A UN MOMENT UNE COUPURE DE MOINS DE 2 HEURES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>TOUJOURS DISPONIBLE</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>COUPURES PARFOIS (PLUS DE 2 HEUR</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>NSP</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> </table>	TOUJOURS DISPONIBLE	1	COUPURES PARFOIS (PLUS DE 2 HEUR	2	NSP	8			
TOUJOURS DISPONIBLE	1										
COUPURES PARFOIS (PLUS DE 2 HEUR	2										
NSP	8										
342	<p>Est-ce que cette institution dispose d'autres sources d'approvisionnement en électricité, comme un générateur, un système solaire, un invertisseur ou un onduleur?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>OUI</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>NON</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </table>	OUI	1	NON	2	<p style="text-align: right;">→ 344</p>				
OUI	1										
NON	2										
343	<p>Quelle autre source d'électricité possède cette institution?</p> <p style="text-align: center;">SONDER ET ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>GENERATEUR AVEC CARBURANT</td><td style="text-align: right;">A</td></tr> <tr><td>GENERATEUR AVEC BATTERIE</td><td style="text-align: right;">B</td></tr> <tr><td>SYSTEME SOLAIRE</td><td style="text-align: right;">C</td></tr> <tr><td>INVERTEUR OU ONDULEUR</td><td style="text-align: right;">D</td></tr> </table>	GENERATEUR AVEC CARBURANT	A	GENERATEUR AVEC BATTERIE	B	SYSTEME SOLAIRE	C	INVERTEUR OU ONDULEUR	D	
GENERATEUR AVEC CARBURANT	A										
GENERATEUR AVEC BATTERIE	B										
SYSTEME SOLAIRE	C										
INVERTEUR OU ONDULEUR	D										
344	<p>VERIFIEZ Q343</p> <p style="text-align: center;">INVERTEUR/ONDULEUR OU GENERATEUR UTILISE (SOIT "A", "B" OU "D"ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">INVERTEUR/ONDULEUR OU GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" NI "D"ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">→ 350</p>								
345	<p>Es-ce que le générateur ou l'invertisseur/onduleur est fonctionnel?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REpondant BIEN INFORME.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>OUI</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>NON</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>NSP</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> </table>	OUI	1	NON	2	NSP	8	<p style="text-align: right;">→ 350</p>		
OUI	1										
NON	2										
NSP	8										
346	<p>Est-ce qu'il y a aujourd'hui du carburant (ou une batterie chargée) disponible pour le générateur ou l'invertisseur/onduleur?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REpondant BIEN INFORME.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>OUI</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>NON</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>NSP</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> </table>	OUI	1	NON	2	NSP	8			
OUI	1										
NON	2										
NSP	8										

SUPERVISION EXTERNE

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

FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement des frais médicaux pour accéder aux services?	OUI. 1 NON 2	→ 370
361	Est-ce que l'institution a établi un tarif fixe qui couvre toutes les prestations qu'un patient reçoit, ou est-ce qu'il y a des tarifs séparés pour les différents éléments des services fournis par l'institution? INSISTER	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SERVICE 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE ELEMENT 2	→ 363
362	Est-ce que l'institution a établi des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE A HAUTE VOIX CHAQUE CATEGORIE DE REPONSE ET ENCERCLER LA REPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI NON NA	
01	CARNET DE SANTE	1 2 3	
02	CARTE D'ENREGISTREMENT	1 2 3	
03	CONSULTATION	1 2 3	
04	MEDICAMENTS/SOLUTÉS (AUTRE QUE LES ARVs)	1 2 3	
05	VACCINS	1 2 3	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS	1 2 3	
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX	1 2 3	
08	SERINGUES ET AIGUILLES	1 2 3	
09	CESARIENNE	1 2 3	
10	TEST DEPISTAGE VIH	1 2 3	
11	TEST DE DIAGNOSTIQUE RAPIDE DE LA MALARIA	1 2 3	
12	MICROSCOPIE POUR LA MALARIA	1 2 3	
13	AUTRES TESTS DE LABORATOIRE	1 2 3	
14	ARV POUR TRAITEMENT	1 2 3	
15	ARV POUR PTME	1 2 3	
16	PROCEDURES DE PETITE CHIRURGIE	1 2 3	
363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI 1 NON 2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés?	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHES... 1 OBSERVE ,CERTAINS, PAS TOUS LES TARIF 2	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette institution ? ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE APPROPRIEE.	EXEMPTION/REDUCTION, GRATUIT. ... A EXEMPTION/REDUCTION, PAIEMENT DIFFERE. B SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER C PAIEMENT EN NATURE. D AUTRE _____ X SPEFICIER	

SOURCES DE FINANCEMENT

370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de fonds ou de financement de cette institution. Veuillez me dire si l'institution a reçu des fonds ou des financement l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 2016-2017. Si une autre personne est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle. LISEZ CHACUNE DES REPONSES ET ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE.	MINISTERE DE LA SANTE A AUTRES MINISTERES B REGIME DE PROTECTION MEDICALE (ASSURANCE PUBLIQUE OU PRIVÉ: OFATMA, INHASA, ETC) C FONDS DE SECURITÉ SOCIALE (ONA, FAES, CAS, FONDS PENSION DU MEF) D PAIEMENT DIRECT PAR LE CLIENT E REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR F SUBVENTION DU GOUV AU SECTEUR PRIVÉ G ONG H ORGANISATION INTERNATIONAL (NATIONS UNIES) I COOPERATION BILATÉRALE J COOPERATION MULTITATÉRALE K CONFESIONNEL L PROGRAMMES COMMUNAUAIRES J AUCUNE ASSISTANCE K AUTRE _____ X SPEFICIER	
-----	--	---	--

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

LES PERSONNELS

400	Veuillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette institution à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette institution ou affectée dans cette institution. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne en tant qu'infirmier (e) ou médecins indépendamment des tâches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette établissement.	(a)	(b)	
		ENGAGE OU AFFECTE	TEMPS PARTIEL	
	CATEGORIES PROFESSIONNELLES			
01	MEDECINS GENERALISTES	□ □	□ □ □	
02	MEDECINS SPECIALISTES [Y COMPRIS LES CHIRURGIENS GENERALISTS, LES ANESTHESISTES, SPECIALISTES MEDICALES ET CHIRURGICALES, LES PATHOLOGISTES.CHIRURGIENS DENTISTES, ETC]	□ □	□ □ □	
03	TECHNICIEN DE LABORATOIRE [Y COMPRIS TECHENICIEN BIOMEDICAL, TECHONOLOGIST MEDICAL ET BIOLOGISTE]	□ □		
04	AUXILIAIRE DE LABORATOIRE (Y COMPRIS AIDE)	□ □		
05	TECHNICIEN DE RADIOLOGIE	□ □		
06	TECHNICIEN EN IMAGINERIE MEDICALE	□ □		
07	HYGIENIST DENTAIRE	□ □		
08	INFIRMIER	□ □		
09	INFIRMIER (E) SPECIALIST (Y COMPRIS INFIRMIER EN SANTE COMMUNAUTAIRE, ANESTHESISTE, INFIRMIER SAGEFEMME)	□ □		
10	AUXILIAIRE INFIRMIER/E	□ □		
11	SAGE FEMME	□ □		
12	PHARMACIEN	□ □		
13	AUXILIAIRE EN PHARMACIE [Y COMPRIS RÉGISTEUR, PRÉPOSÉ EN PHARMACIE]	□ □		
14	AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE [Y COMPRIS COLLABORATRICE VOLONTAIRE, AGENT COMMUNAUTAIRE POLYVALENT]	□ □		
15	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT.	□ □ □ □		□ □ □

SUPERVISION DES AGENTS ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

401	Au cours des 12 derniers mois, des réunions ont-elles été tenues par les superviseurs pour parler avec les employés de leur performance individuelle ?	OUI. 1 NON 2 NSP 8	↳ 403
402	Quelles sont les catégories de personnel concernées par les réunions d'évaluation ?	PERSONNEL EN SOINS INFIRMIERS ... A PERSONNEL PARA-TECHNIQUE, SERVICES AUXILIAIRES ET MÉTIERS . . B PERSONNEL DE BUREAU, TECHNICIENS, PROFESSIONNEL DE L'ADMINISTRATION, ET PERSONNEL D'ENCADREMENT ... C PERSONNEL TECHNIQUE ET PROFESSIO- NNEL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D PERSONNEL MÉDICAL E AUTRES _____ X SPÉCIFIEZ	
403	Quels sont les outils utilise pour la gestion des présences ?	FEUILLE DE PRÉSENCE 1 SYSTÈME DE POINTAGE 2 AUTRES _____ 8 SPÉCIFIEZ	

404	Les salariés bénéficient-ils de formations dans l'établissement pour améliorer leurs compétences ?	OUI. 1 NON 2									
405	Comment votre établissement décide-t-il des personnes qui ont accès à des formations internes ?	LE SUPERVISEUR / MANAGER DÉCIDE QUI A ACCÈS AUX FORMATIONS INTERNES A LES FORMATIONS SONT OFFERTES SUR LA BASE D'UN EXAMEN FORMEL DES BESOINS DE FORMATION DE CHAQUE EMPLOYÉ B LES FORMATIONS SONT OFFERTES EN FONCTION DES PERFORMANCES AU TRAVAIL (EN SE CONCENTRANT SUR LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR REMPLIR UNE FONCTION) C PAS DE PROCESSUS PRÉCIS D AUTRE X SPÉCIFIEZ									
406	Quel est le nombre de personnels de soins qui ont quitté l'établissement au cours des six derniers mois (démission, départ à la retraite, déménagement, mutation, etc.) ?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									

REUNIONS DE GESTION

DIRE A L'INTERVIEWE QUE CETTE SOUS SECTION A BESOIN DE VERIFIER LES PROCES VERBAUX DES REUNIONS. IL SERA ALORS UTILE SI LES RAPPORTS SONT RASSEMBLES AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.			
410	Est-ce qu'il y a habituellement des réunions de gestion de l'institution?	OUI. 1 NON 2	→417
411	A quelle fréquence se tiennent ces réunions de gestion?	UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. 4 NSP 8	↓ 417
412	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions de gestion ?	OUI. 1 NON 2	→417
413	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	→417
414	FEUILLETEZ LE PROCES VERBAL DE LA REUNION LA PLUS RECENTE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ET ENCERCLER LA LETTRE DE TOUS LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNES DANS LE RAPPORT.	QUALITE DES DONNEES DU SIS. A LA COMPLETEUDE DES RAPPORTS DU SIS. B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU SIS. C QUALITE DES SERVICES. D DONNEES SUR LES MALADIES E L'UTILISATION DES SERVICES F LES CONDITIONS DU TRAVAIL G (SALAIRES< REPARTITION DU TRAVAIL H FINANCE OU BUDGET X AUTRE Y RIEN DE TOUT CECI Z PAS DES PROCES VERBAUX Z	↓ 417
415	Est-ce que l'institution a pris une quelconque décision basée sur les discussions de la dernière réunion et qui sont mentionnées dans ce rapport ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	↓ 417
416	Est-ce que l'institution a entrepris une quelconque action de suivi en rapport avec les décisions prises lors de la dernière réunion?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	
417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comité de santé) et portant sur les activités ou la gestion de l' institution, se tiennent périodiquement?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	↓ 420B
418	A quelle fréquence se tiennent ces réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comité de santé) ?	UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. 4 NSP 8	↓ 420A
419	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comité de santé) ?	OUI. 1 NON 2	→420A
420	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	
420A	Après la dernière réunion ou rencontre avec la communauté, l'établissement a-t-il pris des mesures de suivi ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	
420B	Au cours des 12 dernier mois, votre établissement a-t-il partagé des informations sur l'état de santé de la population dans la zone desservie ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	↓ 420D

420C	Comment partagez-vous cette information ?	PANNEAU D'AFFICHAGE A AFFICHES/POSTERS B BULLETIN D'INFORMATION/NEWSLETTER C EVÉNEMENTS COMMUNAUTAIRES D AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES E CONSEIL OU COMITÉ CONSULTATIF COMMUNAUTAIRE, OU ÉQUIVALENT F AUTRE X SPÉCIFIEZ NE SAIS PAS Z	
420D	Dans quelle mesure pensez-vous que l'opinion des patients est prise en compte pour l'amélioration du service dans votre institution ?	PRESQUE TOUJOURS 1 SOUVENT 2 PARFOIS 3 RAREMENT 4 JAMAIS 5 NSP 8	

APPROCHES EN SANTE PUBLIQUE

421	Votre institution a-t-elle connaissance de la population qu'elle doit desservir ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 423
422	De combien de personnes l'établissement est-il responsable ? NOTER LA VALEUR NUMÉRIQUE	<input type="text"/>	
423	Mesurez-vous la couverture de la population pour certains indicateurs clés, comme la couverture vaccinale ? ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	

OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

430	Est-ce qu'il existe dans cette institution, un système pour recueillir les opinions/suggestions des patients à propos de l'institution elle-même ou de ses services?	OUI 1 NON 2	→ 440
431	Veillez me dire les méthodes qui sont utilisées pour connaître les opinions des patients. ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ET SONDER: PAS D'AUTRES METHODES?	BOITE A IDEES A QUESTIONNAIRE B GUIDE D'ENTRETIEN C REUNION OFFICIELLE LEADERS COMMUNAUTAIRES D DISCUSSION INFORMELLES AVEC PATIENTS OU COMMUNAUTE E EMAIL F SITE WEB DE L'INSTITUTION G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNITE H PLAINTÉ DIRECTE AUX AGENTS/PRESTATAIR I AUTRE X NSP Z	→ 440
432	Est-ce qu'il y a une procédure d'examen ou de présentation des opinions/suggestions des patients?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 440
433	Puis-je voir le rapport ou le formulaire sur lequel les données ont été compilées ou la discussion rapportée.	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU 2 RAPPORTE JAMAIS FAIT 3	

ASSURANCE QUALITE

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

440	Est-ce que cette institution mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute l'institution, ou un audit périodique des registres?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 450
440A	Qui est responsable de ces activités d'amélioration de la qualité ?	PAS DE GROUPE SPÉCIFIQUE 1 LE RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT 2 UN GROUPE DE PERSONNELS SPÉCIFIQUE (INCLUANT LE RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT OU NON) 3 C'EST UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE DE TOUS LES SALARIÉS, RECONNUE COMME TELLE ET DISCUTÉE EN RÉUNIONS 4 UNE PERSONNE EXTÉRIEURE À L'ÉTABLISSEMENT (TRAVAILLANT POUR UNE ONG, LE GOUVERNEMENT, ETC.) 5 AUTRE 6 SPÉCIFIEZ	

440B	Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des réunions au cours desquelles les statistiques collectées régulièrement par les services, ou le contenu d'audits cliniques ont été discutées avec le personnel ?	OUI. 1 NON 2 NSP 8	
440C	Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : Cette institution accorde beaucoup d'importance à l'utilisation des données pour suivre et améliorer la prestation de services.	TOUT À FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 EN DÉSACCORD 3 TOUT À FAIT EN DÉSACCORD 4 NSP 8	
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI. 1 NON 2 NSP 8	→ 450
442	Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité? UN RAPPORT OU UN COMPTE-RENDU D'UNE REUNION D'ASSURANCE-QUALITE, UN CHECKLIST DE SUPERVISION, UN EXAMEN DE LA MORTALITE, UN AUDIT DES COMPTE-RENDU OU DES REGISTRES SONT TOUS ACCEPTABLES.	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU 2	

TRANSPORT DES URGENCES

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

SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

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

460	Est-ce que cette institution dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires?	OUI. 1 NON. 2	
460A	Est-ce que cette institution fait régulièrement la compilation des données sanitaires?	OUI. 1 NON. 2	→ 461
460B	A quelle fréquence sont faites la compilation des données?	CHAQUE JOUR 1 CHAQUE SEMAINE 2 CHAQUE 2 SEMAINES 3 CHAQUE MOIS 4 AUTRE 6 SPÉCIFIEZ	
461	Est-ce que cette institution fait régulièrement un rapport des données sanitaires?	OUI. 1 NON. 2	→ 463
462	A quelle fréquence ces rapports sont-ils fournis à une instance supérieure ?	AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS 1 TOUS LES 2-3 MOIS 2 TOUS LES 4-6 MOIS 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. 4 NE FOURNIE PAS 5	
463	Puis-je voir une copie du rapport le plus récent?	RAPPORT OBSERVE 1 RAPPORTE, RAPPORT NON VU 2	
464	Est-ce qu'il y a dans cette institution, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données/statisticien, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI. 1 NON. 2	→ 470

465	Qui est cette personne? INSISTEZ	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ STATISTICIEN. 1 RESPONSABLE DE L'INSTITUTION. 2 AUTRE PRESTATAIRE. 3	
465A	Est-ce que cette institution dispose d'un système pour collecter régulièrement des données de laboratoires (cahier, registre ou électronique)?	OUI. 1 NON. 2	

STATISTIQUES SANITAIRES

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

470	VERIFIEZ Q110 FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> SERVICES D'HOSPITALISATION	PAS DE FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> SERVICES D'HOSPITALISATION	→ 472
471	Combien de sorties(exeat) de malades y a-t-il eu durant le dernier mois calendaire [1 MOIS], pour tous les cas, aussi bien chez que les enfants?	# D'EXEAT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP. 9998	
472	Combien des consultations ont été effectuées en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants?	# DE CONSULTATIONS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP. 9998	

SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

EMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS L'INSTITUTION OU LE MATERIEL EST TRAITÉ/STERILISÉ POUR LA REUTILISATION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET COMMENCER L'INTERVIEW.							
500	VERIFIEZ Q201	EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS SONT STERILISES DANS CETTE INSTITUTION?					
		OUI <input type="checkbox"/>	NON (CODE 3 ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←			
		(CODES 1 OU 2 ENCERCLES)					
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS L'INSTITUTION ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous UTILISEZ [METHODE] dans l'institution ?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"						
	METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP
01	AUTOCLAVE ELECTRIQUE (PRESSION ET VAPEUR)	1 → b	2 → b	3 2	1	2	8
02	AUTOCLAVE NON ELECTRIQUE (PRESSION & VAPEUR)	1 → b	2 → b	3 3	1	2	8
02A	STERILISATEUR A VAPEUR	1 → b	2 → b	3 3A	1	2	8
03	STERILISATION A CHALEUR SECHE (POUPINEL)	1 → b	2 → b	3 4	1	2	8
04	BOUILLOIRE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR/POISSONNIERE (PAS A PRESSION)	1 → b	2 → b	3 5	1	2	8
05	CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR (POISSONNIERE)	1	2 → b	3 6			
06	SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 7	1	2	8
07	MINUTERIE AUTOMATIQUE (ELLE PEUT ETRE SUR L'APPAREIL)	1 → b	2 → b	3 8	1	2	8
08	BANDETTES INDIQUANT QUE LE PROCESSUS EST COMPLET	1	2 → b	3 9			
09	N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1	2 → b	3			
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS L'INSTITUTION, DEMANDER AU REpondANT ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, LA PRESSION RECOMMANDEE, ETC.						
		(1) AUTOCLAVE (vapeur avec pression)	(2) STERILISATION SECHE	(3) EBULLITION	(4) DESINFECTION A HAUT NIVEAU PAR VAPEUR	(5) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE	
A	Méthode	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ . . . 2 → 2	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ . . . 2 → 3	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 4	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 5	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 503	
B	Temperature (centigrade)	TEMPERATURE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP 998	TEMPERATURE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP 998				
C	Pression	PRESS-ION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 → 1E NSP 998 → 1E					
D	Unités de pression	UNITES DE PRESSION: BAR 1 NSP 8					
E	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998	
F	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave?	MINUTES ENVELOPPEES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998					
G	Désinfectant chimique utilisé					CHLORE/EAU DE JAV 01 FORMALDEHYDE 02 GLUTERALDEHYDE 03 NSP 98	
503	Est-ce cette institution dispose des directives sur la sterilisation finale des équipements?	OUI 1 NON 2		→ SECTION SUIVANTE			
504	Puis je voir les directives sur la sterilisation finale des équipements? LES DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.	OBSERVEES 1 RAPPORTEES, PAS VUES 2					

SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

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

SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES

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

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

ANTIBIOTIQUES

901	Est-ce que les antibiotiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette institution de santé/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	AMOXICILLINE COMPRIME/CAPSULE (Infections bactériennes chez les adultes)	1	2	3	4	5
02	AMOXICILLINE SIROP/SUSPENSION (Antibiotique oral pour enfant)	1	2	3	4	5
03	AMOXICILINE/CLAVULINATE (AUGMENTIN) COMPRIMES (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
04	AMPICILLINE (POUDRE) INJECTION (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
05	AZITHROMYCINE COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
06	AZITHROMYCINE SIROP/SUSPENSION (antibiotique)	1	2	3	4	5
07	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE (POUDRE) POUR INJECTION	1	2	3	4	5
08	CEFALEXINE (COMP)	1	2	3	4	5
09	CEFIXIME COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
10	CEFAZOLINE (POUDRE POUR PRÉPARATION INJ.)	1	2	3	4	5
11	CEFTRIAXONE INJECTION (Antibiotique injectable)	1	2	3	4	5
12	CIPROFLOXACINE (antibiotique oral de seconde intention)	1	2	3	4	5
13	CO-TRIMOXAZOLE (COMPRIMES) (Antibiotique oral pour adulte)	1	2	3	4	5
14	CO-TRIMOXAZOLE SUSPENSION (Antibiotique Oral pour enfant)	1	2	3	4	5
15	CLOXACILLINE (CAPSULE)	1	2	3	4	5
16	DOXYCYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
17	ERYTHROMYCINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
18	ERYTHROMYCINE [suspension buvable]	1	2	3	4	5
19	GENTAMYCINE INJECTION (Antibiotique injectable à large spectre)	1	2	3	4	5
20	METRONIDAZOLE COMPRIMES [antibiotique/ambicide/antiprotozoaire]	1	2	3	4	5
21	METRONIDAZOLE INJECTION	1	2	3	4	5
22	PENICILLINE INJECTION (Antibiotique Injectable à large spectre)	1	2	3	4	5
23	TETRACYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
24	TETRACYCLINE POMMADE OPHTALMIQUE	1	2	3	4	5
25	TRIMÉTROPRIME (COMP)	1	2	3	4	5
26	VANCOMYCINE (INJ)	1	2	3	4	5
27	AUTRE ANTIBIOTIQUE ET POMMADE OPHTALMIQUE POUR NOUVEAU-NE	1	2	3	4	5

MÉDICAMENTS DEPARASITANTS /ANTILEPREUX

902	Est-ce que les médicaments suivants destinés au traitements infestations vermineuses sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIM)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ALBENDAZOLE	1	2	3	4	5
02	MEBENDAZOLE	1	2	3	4	5
03	DIÉTHYCARBAMAZINE	1	2	3	4	5
04	CLOFAZIMILE	1	2	3	4	5
05	DAPSOLE	1	2	3	4	5
06	RIFAMPICINE	1	2	3	4	5

MÉDICAMENTS CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

903	Est-ce que les médicaments suivants, destinés à la prise en charge des maladies non transmissibles sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	AMITRIPTYLINE (Dépression)	1	2	3	4	5
02	AMLODIPINE COMPRIMES (Inhibiteur calcique pour hypertension)	1	2	3	4	5
03	ASPIRIN CAPSULES/COMPRIMÉS (81 mg /100 mg)	1	2	3	4	5
04	ATENOLOL (Beta-bloquant, Angine/hypertension)	1	2	3	4	5
05	BECLOMETHASONE INHALATEUR/INJECTABLE	1	2	3	4	5
06	BETAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
07	BISOPROLOL	1	2	3	4	5
08	CAPTOPRIL (Vaso-dilatation, hypertension cardiaque)	1	2	3	4	5
09	DEXAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
10	DIAZEPAM INJECTION (Anxiété/relaxant musculaire)	1	2	3	4	5
11	DIGOXINE (COMP./INJ.)	1	2	3	4	5
12	ENALAPRIL CAPSULE/COMPRIME (Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion)	1	2	3	4	5
13	AUTRE INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION	1	2	3	4	5
14	EPINEPHRINE INJECTION	1	2	3	4	5
15	FUROSEMIDE (DIURETIQUE)	1	2	3	4	5
16	HYDROCHLOROTHIAZIDE DIURETIQUE (HCTZ)	1	2	3	4	5
17	HYDROXYDE D'ALUMINIUM/MAGNÉSIUM (COMP.)	1	2	3	4	5
18	GLIBENCLAMIDE (Traitement oral pour les deux types de diabète)	1	2	3	4	5
19	GLUCOSE SOLUTION INJECTABLE	1	2	3	4	5
20	GLYCERINE TRINITRATE	1	2	3	4	5
21	HEPARINE INJECTION	1	2	3	4	5
22	HYDRALAZINE (INJ.)	1	2	3	4	5
23	HYDROCORTISONE	1	2	3	4	5
24	INSULINE INJECTIONS [DIABETE]	1	2	3	4	5
25	ISOSORBIDE DINITRATE	1	2	3	4	5
26	MANNITOL (INJ.)	1	2	3	4	5
27	METFORMINE COMPRIMES	1	2	3	4	5
28	METYLDOPA (COMP.)	1	2	3	4	5
29	NIFEDIPINE COMPRIMES/CAPSULES (CCB pour hypertension)	1	2	3	4	5
30	OMEPRAZOLE (Reflux gastro-oesophagien)	1	2	3	4	5
31	PREDNISOLONE	1	2	3	4	5
32	RANITIDINE (COMP.)	1	2	3	4	5

33	SALBUTAMOL INHALATEUR/INJECTABLE/COMPRIMÉ (Bronchospasme/Asthme chronique)	1	2	3	4	5
34	SIMVASTATINE/ATORVASTATINE (Cholestérol élevé)	1	2	3	4	5
35	SPIRONOLACTONE (COMP.)	1	2	3	4	5
36	SULFATE DE PROTAMINE (INJ.)	1	2	3	4	5
37	VÉRAPAMIL (COMP.)	1	2	3	4	5
38	VITAMINE K1 (COMP/INJ)	1	2	3	4	5
39	WARFARINE (COMP.)	1	2	3	4	5
40	ASPIRIN CAPSULES/COMPRIMÉS	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTI-FONGIQUES

904	Est-ce que les médicaments anti-fongiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	FLUCONAZOLE	1	2	3	4	5
02	CLOTRIMAZOLE/MICONAZOLE (Ovules vaginales)	1	2	3	4	5
03	CLOTRIMAZOLE/MICONAZOLE CREME	1	2	3	4	5
04	NYSTATINE (suspension orale)	1	2	3	4	5
05	NYSTATINE OVULE VAGINALE/CREME	1	2	3	4	5
06	GRISEOFULVINE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LA MALARIA

905	Est-ce que les médicaments suivants contre la malaria sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ARTÉMETHER (COMP.)	1	2	3	4	5
02	ARTÉSUNATE (COMP.)	1	2	3	4	5
03	CHLOROQUINE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
04	LUMÉFANTRINE (COMP.)	1	2	3	4	5
05	PRIMAQUINE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
06	QUININE INJECTION	1	2	3	4	5
07	MEFLOQUINE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
08	FANSIDAR [SULFADOXINE + PYRIMETHAMINE]	1	2	3	4	5
09	AUTRE MEDICAMENT CONTRE LA MALARIA	1	2	3	4	5

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la santé maternelle suivants sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	CALCIUM GLUCONATE INJECTION	1	2	3	4	5
02	ACIDE FOLIQUE COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	COMPRIMES DE FER	1	2	3	4	5
04	COMPRIMES COMBINES FER + ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
05	MAGNESIUM SULPHATE INJECTION	1	2	3	4	5
06	MISOPROSTOL COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
07	OXYTOCINE OU AUTRE UTEROTONIQUE INJECTABLE	1	2	3	4	5
08	VACCIN ANTITETANIQUE	1	2	3	4	5

09	SELS DE REHYDRATION ORALE (SRO) SACHETS	1	2	3	4	5
10	VITAMINE A (RÉTINOL) CAPSULES	1	2	3	4	5
11	ZINC COMPRIMES	1	2	3	4	5

SOLUTES INTRAVEINEUX

907	Est-ce que les liquides intraveineux suivants sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	NOMAL SALINE/CHLORURE DE SODIUM/NACL - 0.9%	1	2	3	4	5
02	SOLUTION DE RINGER LACTATE	1	2	3	4	5
03	5% DEXTROSE - SALINE NORMALE (DNS)	1	2	3	4	5
04	5% DEXTROSE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

908	Est-ce que les AUTRES médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service ? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	DICLOFENAC COMPRIMES (Médicament oral pour forte douleur)	1	2	3	4	5
02	DICLOFENAC INJ. (Médicament injectable pour forte douleur)	1	2	3	4	5
03	IBUPROFENE (COMP.)	1	2	3	4	5
04	IBUPROFENE (SIROP)	1	2	3	4	5
05	PARACETAMOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
06	PARACETAMOL SIROP	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

909	OBSERVER L'ENDROIT OÙ LES MEDICAMENTS QUI ÉTÉ EVALUÉS SONT STOCKÉS ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.		OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT AU-DESSUS DU SOL (ETAGERE, PALLETTE...)?		1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?		1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DU SOLEIL?		1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?		1	2
05	EST-CE QUE LA PIECE DE STOCKAGE EST BIEN AÉRÉÉ?		1	2
910	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé","le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. 2 NON. 3		
911	Quel est le système utilisé dans cette institution pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui? DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS A JOUR QUOTIENNEMENT 1 REGISTRE DE STOCKS MIS A JOUR QUOTIENNEMENT. . . 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUES. 3 REGISTRE DE STOCKS PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. 4 PAS DE SYSTEME 5 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)		

MATÉRIELS

912	Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans l'institution?	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	SERINGUES JETABLES AVEC AIGUILLES JETABLES OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
02	KIT POUR PERFUSION INTRAVEINEUSE	1	2	3
03	CATHETER POUR PERFUSION INTRAVEINEUSE	1	2	3
04	GANTS EN LATEX	1	2	3
05	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
06	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS	1	2	3
07	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3
08	MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES	1	2	3
912A	Est-ce qu'il existe dans ce service un réfrigérateur pour la conservation des médicaments et produits?	OUI 1 NON 2		→ 920
912B	Puis-je voir le réfrigérateur?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2		→ 920
912C	Avez-vous une feuille de température (un graphique de suivi de la chaîne de froid)?	OUI 1 NON 2		→ 912E
912D	Puis-je voir la feuille de température?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2		
912E	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR OÙ ON CONSERVE LES MEDICAMENTS ET PRODUITS?	ENTRE +2 ET +6 DEGRES. 1 PLUS DE +6 DEGRES. 2 MOINS DE +2 DEGRES. 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL. 4		

SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	VERIFIEZ Q212	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS cette institution (REPOSE 1 OU 3 ENCERCLÉ)				
		<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> ← ALLER A LA SECTION SUIVANTE			
921	Est-ce que les PRODUITS CONTRACEPTIFS suivants sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)(MICROGYNON)	1	2	3	4	5
02	PILULES PROGESTATIVES (MICROLUT/LEVONORGESTREL)	1	2	3	4	5
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3	4	5
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS (DEPO PROVERA, "PIKI 3 MWA")	1	2	3	4	5
05	CONDOMS MASCULINS (NO LOGO, PANTE)	1	2	3	4	5
06	DISPOSITIF INTRA UTERIN (DIU)(OPPERT 380)	1	2	3	4	5
07	IMPLANT (JADELLE)	1	2	3	4	5
08	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (LEVONORGESTREL, PROSTINOR 2)	1	2	3	4	5
09	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE)	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

922	OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKÉS ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT AU-DESSUS DU SOL (ETAGERE, PALLETTE)?	1	2
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?	1	2
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVESOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?	1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSÉS SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être périmé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. 2 NON. 3	
924	Quel est le système mis en place dans cette institution pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui? DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNE 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QUOTIDIENNE 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNE, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNE, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. 4 PAS DE SYSTEM 5 AUTRE SYSTÈME 6 (SPECIFIER)	
925	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT.	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE PF REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE PF ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT.	

SECTION 9.3: MEDICAMENTS ANTI-TUBERCULEUX

930	VERIFIEZ Q214 ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>	ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS l'institution (RESPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←										
931	Est-ce que les antituberculeux suivants sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th style="text-align: center;">NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th style="text-align: center;">JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ										
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE								
01	ETHAMBUTOL COMPRIMES (E)	1	2	3	4	5						
02	ISONIAZIDE COMPRIMES (INH, H)	1	2	3	4	5						
03	PYRAZINAMIDE (Z)	1	2	3	4	5						
04	RIFAMPICINE (R)	1	2	3	4	5						
05	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE	1	2	3	4	5						
06	ISONIAZIDE + ETHAMBUTOL (EH)	1	2	3	4	5						
07	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE (RHZ)	1	2	3	4	5						
08	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + ETHAMBUTOL (RHE)	1	2	3	4	5						
09	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE + ETHAMBUTOL (RHEZ)	1	2	3	4	5						
10	STREPTOMYCINE INJECTABLE	1	2	3	4	5						

CONDITIONS DE STOCKAGE DES ANTITUBERCULEUX

932	OBSERVER L'ENDROIT OU LES ANTITUBERCULEUX SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ETAGERE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITÉ?	1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVES-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?	1	2
933	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS . . . 2 NON. 3	
934	Quel est le système utilisé dans cette institution pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui? DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT 1 REGISTRE DE STOCK MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT.. 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS. 3 REGISTRE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)	
935	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT.	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE TBC <input type="checkbox"/> REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE TBC ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT.	

SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

940	VERIFIEZ Q216 (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS L'INSTITUTION (RESPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE										
941	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) sont disponibles aujourd'hui dans cette institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th style="text-align: center;">NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th style="text-align: center;">JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ										
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE								
01	ZIDOVDINE (ZDV, AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5						
02	ZIDOVDINE (ZDV, AZT) SIROP	1	2	3	4	5						
03	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5						
04	DIDANOSINE (ddI) COMPRIMES	1	2	3	4	5						
05	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5						
06	LAMIVUDINE (3TC) SIROP	1	2	3	4	5						
07	STAVUDINE 30 (D4T)	1	2	3	4	5						
08	STAVUDINE SIROP	1	2	3	4	5						
09	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) GELULE/SIROP	1	2	3	4	5						
10	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) SIROP	1	2	3	4	5						
11	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5						
942	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) sont disponibles aujourd'hui dans cette institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th style="text-align: center;">NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th style="text-align: center;">JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ										
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE								
01	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5						
02	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5						
03	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5						
04	EFAVIRENZ (EFV) SIROP	1	2	3	4	5						
05	DELAVIRDINE (DLV)	1	2	3	4	5						

943	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur de la protéase sont disponibles aujourd'hui dans cette institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	LOPINAVIR (LPV)	1	2	3	4	5
02	LOPINAVIR (LPV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
03	INDINAVIR (IDV)	1	2	3	4	5
04	NELFINAVIR (NFV)	1	2	3	4	5
05	SAQUINAVIR (SQV)	1	2	3	4	5
06	RITONAVIR (RTV)	1	2	3	4	5
07	ATAZANAVIR (ATV)	1	2	3	4	5
08	ATAZANAVIR (ATV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
09	FOSAMPRENAVIR (FPV)	1	2	3	4	5
10	TIPRANAVIR (TPV)	1	2	3	4	5
11	DARUNAVIR (DRV)	1	2	3	4	5
12	DARUNAVIR (DRV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
944	Est-ce que les ARV suivants, du type Inhibiteur de Fusion ou ARV combinés sont disponibles aujourd'hui dans l'institution/service? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ENFUVIDITE (T-20)	1	2	3	4	5
02	STAVUDINE + LAMIVUDINE [D4T + 3TC]	1	2	3	4	5
03	STAVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [D4T + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
04	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE [AZT + 3TC]	1	2	3	4	5
05	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + ABACAVIR [AZT + 3TC + ABC]	1	2	3	4	5
06	LAMIVUDINE + ABACAVIR [3TC + ABC]	1	2	3	4	5
07	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [AZT + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
08	TENOFOVIR + EMTRICITABINE [TDF + FTC]	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR + LAMIVUDINE [TDF + 3TC]	1	2	3	4	5
10	TENOFOVIR + LAMIVUDINE + EFAVIRENZ [TDF + 3TC + EFV]	1	2	3	4	5
11	TENOFOVIR + EMTRICITABINE + EFAVIRENZ [TDF + FTC + EFV]	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE DES ARV

945	OBSERVER L'ENDROIT OU LES ARV SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES ARV SONT AU DESSUS DU SOL (ETAGERE/ARMOIRES)?	1	2
02	EST-CE QUE LES ARV SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE	1	2
03	EST-CE QUE LES ARV SONT A L'ABRI DU SOLEIL?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?	1	2
946	EST-CE QUE LES ARV SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. 2 NON. 3	
947	Quel est le système utilisé dans cette institution pour gérer la quantité d'ARV reçue, la quantité distribuée et la quantité restante aujourd'hui? DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT 1 FICHES DE STOCK MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT. 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE DES ARV DISTRIBUÉS. 3 FICHE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UNE FICHE POUR LES ARV DISTRIBUÉS. 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)	
948	L' INTERVIEW A LIEU A LA PHARMACIE L'INTERVIEW A LIEU DANS LE SERVICE DE ARV <input type="checkbox"/> ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. REMERCIER VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE ARV ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ←		

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS

1000	VERIFIEZ Q102.01 SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE	PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS		
<p>SECTION SUIVANTE OULIEU DE SERVICE</p>				
<p>DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS L'INSTITUTION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.</p>				
1001	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre institution, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans l'institution, et combien de de jours par mois dans la communauté.</p>			
	SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (UTILISER MOIS 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	(a) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS L'INSTITUTION	(b) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE	
01	Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
02	Vaccination Polio Oral (VPO)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
03	Vaccination Polio Injectable (VPI)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
04	Vaccination Rougeole + Rubeole (RR)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
05	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
06	Vaccination DTPer	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
07	Vaccination Rotavirus	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
1002	Est-ce que les directives nationales en matières de vaccination infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui? (MANUEL DE NORM/CALENDRIER VACCINAL)	OUI NON	1 2	→ 1004
1003	Puis-je voir les directives nationales en matières de vaccination infantiles?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 2	→ 1006
1004	Y a-t-il d'autres types de normes en matière de vaccination infantile qui sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2	→ 1006
1005	Puis-je voir ces autres directives?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 2	
1006	DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOIR QUELQUES ELEMENTS NECESSAIRES POUR LES SERVICES DE VACCINATION	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	Cartes ou carnets individuels de vaccination vierges	1	2	3
02	Feuilles de contrôle/ feuille de temperature	1	2	3
03	Registre de vaccination/du nourrisson sain	1	2	3
1007	Est-ce que cette institution conserve habituellement ses vaccins, ou bien tous ses vaccins sont obtenus, soit d'une autre institution sanitaire, soit livrés quand les services sont fournis?	CONSERVE LES VACCINS..... SE RAVITAILE AILLEURS.....	1 2	→ 1014
1008	DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ LES VACCINS SONT CONSERVES. DEMANDER A VOIR LE REFRIGERATEUR OU LA GLACIERE.	REFRIGERATEUR OBSERVÉ..... REFRIGERATEUR PAS OBSERVÉ.....	1 2	→ 1014
1008A	INDIQUEZ LE TYPE DE REFRIGERATEUR OBSERVE	GAZ..... SOLAIRE..... ELECTRIQUE..... AUTRES..... (SPECIFIEZ)	1 2 3 6	
1009	Avez-vous une feuille de temperature (un graphique de suivi de la chaine de froid)?	OUI..... NON.....	1 2	→ 1012
1010	Puis-je voir la feuille de temperature?	OBSERVÉ..... RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 2	→ 1012

1011	VERIFIER SI LA FEUILLE DE TEMPERATURE A ETÉ REMPLI DEUX FOIS PAR JOUR, CHAQUE JOUR, AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, Y COMPRIS LE WEEK-END ET LES JOURS FERIÉS	OUI, REMPLI 2 FOIS PAR JOUR, CHAQUE JOUR 1 NON, PAS REMPLI 2	
1011A	VERIFIER SI LES INFORMATIONS SUR LA MAINTENANCE SONT NOTÉES DANS LA FEUILLE DE TEMPÉRTURE DE RÉFRIGÉRATEUR	OUI, SONT NOTÉES 1 NON, NE SONT PAS NOTÉES 2	

1012	S'il vous plait, dites-moi si chacun des vaccins suivants est disponible aujourd'hui dans l'institution. Si oui, je voudrais le voir. SI C'EST DISPONIBLE, VERIFIER SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOUR-D'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	DTC-Hib+HepB [PENTAVALENT]	1	2	3	4	5
02	VACCIN ORAL POLIO	1	2	3	4	5
03	VACCIN POLIO INJECTABLE	1	2	3	4	5
04	VACCIN ROUGEOLE/RUBEOLE (RR) ET DILUANT	1	2	3	4	5
05	VACCIN BCG ET DILUANT	1	2	3	4	5
06	VACCIN DTPer	1	2	3	4	5
07	VACCIN ROTAVIRUS	1	2	3	4	5
1013	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE RÉFRIGÉRATEUR OU LE CONGÉLATEUR?	ENTRE +2 ET +8 DEGRES 1 AU-DESSUS DE +8 DEGRES 2 EN-DESSOUS DE +2 DEGRES 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL 4 THERMOMETRE NON DISPONIBLE 5				
1014	Combien de porte vaccine/thermos avez-vous? DEMANDER A VOIR LES THERMOS. LA REPONSE RAPPORTÉE PAR UN REpondant INFORME EST ACCEPTABLE	UN 1 DEUX À CINQ 2 SIX À DIX 3 AUCUN 4 → 1015A				
1015	Combien de briquettes avez-vous? DEMANDEZ A VOIR LES BRIQUETTES LES REPONSES RAPPORTEES SONT ACCEPTABLES ATTENTION: 4-5 BRIQUETTES FAIT UN LOT.	UN LOT 1 DEUX LOTS OU PLUS 2 UTILISATION DE LA GLACE ACHETÉE PLUTOT 3 PAS D'ACCUMULATEUR 4				
1015A	Est-ce l'institution possède une microplanification de vaccination	OUI 1 NON 2 NSP 8 → 1015C				
1015B	Est-ce que la microplanification de vaccination inclue les informations suivantes?	OBSRVE DISPONIBLE	RAPORTE DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	NSP
01	CARTE DE L'AIRe DE DESSERTe	1	2	3	4	8
02	POPULATION CIBLE	1	2	3	4	8
03	TYPE DE STRATEGIE AVANCEE (VISITES MAISONS, POSTES FIXES)	1	2	3	4	8
04	HORAIRE DE STRATEGIE AVANCEE	1	2	3	4	8
05	LIEU DE LA STRATEGIE AVANCEE	1	2	3	4	8
1015C	Est-ce que l'institution a une stratégie pour la communication et mobilisation sociale <u>pour les activités de vaccination</u> ?	OUI 1 NON 2 NSP 8 → 1050				
1015D	Quelle(s) stratégie(s) utilisez-vous pour la communication et mobilisation sociale <u>pour les activités de vaccination</u> ?	PROFESSIONNELS DE SANTE A AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE B CHEF DE VILLAGE C CRIEURS D EGLISE E ECOLE F RENCONTRE COMMUNAUTAIRE G AUTRES X SPECIFIEZ				

PRECAUTIONS DE BASE

1050	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES.....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES.....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL.....</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN.....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME.....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE.....</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>SERVICES IST.....</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE.....</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE.....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT.....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES.....	11	SOINS INFANTILES.....	13	PLANNING FAMILIAL.....	14	CPN.....	15	PTME.....	16	MATERNITE.....	17	SERVICES IST.....	18	TUBERCULOSE.....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22	CHIRURGIE MINEURE.....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
CONSULTATIONS GENERALES.....	11																										
SOINS INFANTILES.....	13																										
PLANNING FAMILIAL.....	14																										
CPN.....	15																										
PTME.....	16																										
MATERNITE.....	17																										
SERVICES IST.....	18																										
TUBERCULOSE.....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22																										
CHIRURGIE MINEURE.....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										
1051	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT(OPCT)	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
1052	<p>DECRIRE LE CADRE DES SERVICES DE VACCINATION DES ENFANTS.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3	PAS D'INTIMITÉ.....	4																	
SALLE SEPARÉE.....	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3																										
PAS D'INTIMITÉ.....	4																										
REMERCIEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

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

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

SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	VERIFIEZ Q102.03 SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/> SECTION/SERVICE SUIVANT(E) ←			
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
1201	Veuillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont délivrés dans cette institution pour les enfants de moins de 5 ans, et le nombre de jours par mois où ils sont fournis dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS L'INSTITUTION	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE		
01	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/>		
1202	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, délivrent les services suivants	OUI	NON		
01	DIAGNOSTIQUER ET/OU TRAITER LA MALNUTRITION INFANTILE	1	2		
02	DONNER LA VITAMINE A	1	2		
03	DONNER LA SUPPLEMENTATION EN FER	1	2		
04	DONNER LA SUPPLEMENTATION EN ZINC	1	2		
1203	Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les guides techniques/normes de la PCIME dans les prestations de services aux enfants de moins de 5 ans?	OUI..... 1 NON..... 2			
1204	Est-ce que les guides techniques/normes de la PCIME pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1206		
1205	Puis-je les voir?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	→ 1208		
1206	Est-ce que d'autres guides techniques pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1208		
1207	Puis-je les voir?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2			
1208	Est-ce que cette institution dispose d'un système par lequel certaines observations et paramètres sont systématiquement relevés sur les enfants malades, avant la consultation pour la maladie déclarée? SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITÉS AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1210		
1209	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITÉ, DEMANDER : Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée de l'enfant	1	2	3	8
02	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme	1	2	3	8
03	Prise de la température de l'enfant	1	2	3	8
04	Evaluation du statut vaccinal de l'enfant	1	2	3	8
05	Dispensation de conseils sur la santé	1	2	3	8
06	Administration de médicaments et/ou passer un linge mouillé pour réduire la température	1	2	3	8
07	Triage des enfants malades, c'est-à-dire donner priorité aux enfants les plus gravement malades	1	2	3	8

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

PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES.....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION DES ENFANTS.....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL.....</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN.....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME.....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE.....</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>SERVICES IST.....</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE.....</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE.....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT.....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES.....	11	VACCINATION DES ENFANTS.....	12	PLANNING FAMILIAL.....	14	CPN.....	15	PTME.....	16	MATERNITE.....	17	SERVICES IST.....	18	TUBERCULOSE.....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22	CHIRURGIE MINEURE.....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">SECTION SUIVANTE/SERVICE</div>
CONSULTATIONS GENERALES.....	11																										
VACCINATION DES ENFANTS.....	12																										
PLANNING FAMILIAL.....	14																										
CPN.....	15																										
PTME.....	16																										
MATERNITE.....	17																										
SERVICES IST.....	18																										
TUBERCULOSE.....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22																										
CHIRURGIE MINEURE.....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										
1251	<p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</p>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3																							
08	DESINFECTANT (PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL)/ ANTISEPTIQUE	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3																							
13	GUIDES TECHNIQUES/NORMES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
1052	<p>DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3	PAS D'INTIMITÉ.....	4																	
SALLE SEPARÉE.....	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3																										
PAS D'INTIMITÉ.....	4																										
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>																											

SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	VERIFIEZ Q102.04	Fourniture de services pour la PF <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT																																																											
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS L'INSTITUTION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LA PF. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.																																																													
1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette institution? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																																											
1302	Est-ce que cette institution fournit (c'est-à-dire, stocke les produits) or ou bien prescrit, conseille ou réfère les clientes pour l'une des méthodes suivantes de PF:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)</th> <th style="width: 33%;">PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFÈRE</th> <th style="width: 33%;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>02</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>03</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>04</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>05</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>06</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>07</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>08</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>09</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>10</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>12</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>13</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>14</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </tbody> </table>	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFÈRE	NON	01	1	2	3	02	1	2	3	03	1	2	3	04	1	2	3	05	1	2	3	06	1	2	3	07	1	2	3	08	1	2	3	09	1	2	3	10	1	2	3	11		2	3	12	1	2	3	13	1	2	3	14	1	2	3
FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFÈRE	NON																																																											
01	1	2	3																																																										
02	1	2	3																																																										
03	1	2	3																																																										
04	1	2	3																																																										
05	1	2	3																																																										
06	1	2	3																																																										
07	1	2	3																																																										
08	1	2	3																																																										
09	1	2	3																																																										
10	1	2	3																																																										
11		2	3																																																										
12	1	2	3																																																										
13	1	2	3																																																										
14	1	2	3																																																										
	01 PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES) MICROYNON 02 PILULES PROGESTATIVES (MICROLUT/LEVONORGESTREL) 03 CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS) 04 CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS (DEPO PROVERA/"PIKI 3 MWA") 05 CONDOMS MASCULINS 06 LA MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT ET DE L'AMÉNORRHÉE 07 DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU) 08 IMPLANT 09 PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULES DU LENDEMAIN) 10 METHODE NATURELLE (METHODE DU COLLIER) 11 CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE (RYTHME) 12 STERILISATION MASCULINE 13 STERILISATION FEMININE 14 AUTRE METHODES _____ style="text-align: center;">SPÉCIFIEZ																																																												
1303	Est-ce que les guides techniques/normes nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1305																																																										
1304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	→ 1307																																																										
1305	Est-ce ce que d'autres guides techniques en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1307																																																										
1306	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2																																																											
1307	Est-ce qu'il y a des fiches ou des cartes individuelles des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1308A																																																										
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE..... 2																																																											
1308A	Est-ce qu'il y a des cartes individuelles de suivi de rendez-vous des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1308C																																																										
1308B	Puis-je voir une carte vierge de suivi de rendez-vous de cliente?	OBSERVÉE..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE..... 2																																																											

1308C	Est-ce qu'il y a un fichier (armoire, dispositif) pour ranger les fiches des clients par status (actives, inactives, abandon des soins) dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1309
1308D	Puis-je voir le fichier de rangements des fiches des clientes?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
1309	Y a-t-il dans votre institution un système par lequel certaines observations ou paramètres sont systématiquement relevés chez les clientes avant de faire la consultation? SI OUI, DEMANDER A VOIR OU SE DEROULENT CES ACTIVITES.	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1311
1310	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDER: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes?	ACTIVITÉ OBSERVÉE ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE NSP	
01	Pesée des clientes	1 2 3 8	
02	Prise de la tension	1 2 3 8	
03	Organisation sessions d'éducation de groupes sur la santé (IEC)	1 2 3 8	
1311	Dans cette institution est-ce que les prestataires de PF identifient et traitent systématiquement les IST, ou est-ce que les patients IST sont référés vers un autre prestataire ou une autre institution pour le diagnostic et le traitement?	IDENTIFIANT/TRAITANT SYSTEMAT IST..... 1 REFERENT AILLEURS DANS L'INSTITUTION..... 2 REFERENT HORS DE L'INSTITUTION..... 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAIEMENT/REFERENCE 4	
1312	Est-ce que les prestataires en PF font des tests de dépistage du VIH dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1314
1313	Puis-je voir un exemplaire du kit Test de Diagnostic Rapide(TDR) pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN KIT VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN KIT VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	

EQUIPEMENTS ET MATERIELS

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

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

PRECAUTIONS DE BASE

1350	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION 12 SOINS INFANTILES 13 CPN. 15 PTME. 16 MATERNITE 17 IST 18 TUBERCULOSE. 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE. 23 PAS VISITE AVANT. 31	ALLER A 1353	
1351	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DSIPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET , OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↘	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1352	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE PF	SALLE SEPARÉE. 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ. 4		
1353	VERIFIEZ Q212 CONTRACEPTIFS PAS STOCKÉS OU STOCKÉS AILLEURS (REPONSE 1 PAS ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REPONSE 1 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>		921
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

1400	VERIFIEZ Q.102.05 SERVICE DE CPN <input type="checkbox"/> DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION	PAS DE SERVICE DE CPN <input type="checkbox"/> DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION SECTIONSUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE CPN DANS L'INSTITUTION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES CPN. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.		
1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles faites dans cette institution? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS PAR MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
1402	Est-ce que les prestataires de services CPN fournissent habituellement aux femmes enceintes, les services de CPN suivants?	OUI NON
01	SUPPLEMENTATION EN FER	1 2
02	SUPPLEMENTATION EN ACIDE FOLIQUE	1 2
02A	SUPPLEMENTATION EN FER ET ACIDE FOLIQUE	1 2
04	VACCINATION CONTRE LE TETANOS	1 2
04A	VACCINATION CONTRE LE TETANOS ET LA DIPHTERIE	1 2
1403	VERIFIEZ Q1402.04 OU 04A VACCINATION ANTI TETANOS <input type="checkbox"/> FOURNIE	VACCINATION ANTI TETANOS <input type="checkbox"/> PAS FOURNIE → 1406
1404	Est-ce que le vaccin anti tétanos est disponible tous les jours où les services de CPN sont disponibles dans l'institution?	OUI 1 NON PAS TOUS LES JOURS DE CPN. 2 → 1406
1405	Combien de jours par semaine la vaccination anti tétanos est-elle disponible les jours où les services de CPN sont disponibles dans l'institution?	JOURS PAR SEMAINE. <input style="width: 40px;" type="text"/> MOINS D'UN JOUR PAR SEMAINE. 0
1406	Est-ce que les prestataires en CPN fournissent l'un des tests suivants aux femmes enceintes, comme étant partie intégrante de la CPN? SI OUI, DEMANDER A VOIR LE KIT DU TEST OU L'EQUIPEMENT. SI LE TEST N'EST PAS FAIT, SONDER POUR SAVOIR S'IL EST FAIT DANS UN AUTRE SERVICE DE L'INSTITUTION VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT DE CHAQUE TEST EST VALIDE/NON PERIME	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE (B) PAS OBSERVÉ
01	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH	AU MOINS UN KIT UN VALIDE 1 2 3 4 5 DISPONIBLE NON VALIDE 1 2 3 4 5 RAPPORTEE DISPONIBLE PAS VU 1 2 3 4 5 DISPONIBLE AILLEURS DA L'INSTITUTION 1 2 3 4 5 NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
02	TEST D'ALBUMINURIE	1 2 3 4 5
03	TEST DE GLUCOSURIE	1 2 3 4 5
04	N'IMPORTE QUEL TEST RAPIDE D'ANEMIE	1 2 3 4 5
05	TEST RAPIDE DE DEPISTAGE DE LA SYPHILIS	1 2 3 4 5

1407	Comme partie intégrante des CPN, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux patientes en CPN	OUI	NON
01	CONSEILS SUR LA NECESSITE DE FAIRE 4 CPN POUR CHAQUE GROSSESSE	1	2
02	CONSEILS SUR LA PREPARATION DE L'ACCOUCHEMENT (PLAN D'ACCOUCHEMENT)	1	2
03	CONSEILS SUR LE PLANNING FAMILIAL	1	2
04	CONSEILS SUR LE VIH/SIDA ET AUTRE IST	1	2
05	CONSEILS SUR L'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES (M I) POUR SE PROTEGER DES PIQURES DE MOUSTIQUE ET DE LA MALARIA ET DU ZIKA	1	2
06	CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	1	2
06A	CONSEILS SUR LES SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ET DU NOUVEAU NE	1	2
07	CONSEILS SUR LES SOINS AU NOUVEAU-NE	1	2
08	CONSEILS SUR LES VISITES POST NATALES	1	2
1408	Dans cette institution, est-ce que les prestataires en CPN font systématiquement le diagnostic et le traitement des IST, ou bien est-ce que les patientes en IST sont référées à un autre prestataire ou une autre institution sanitaire pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAIENT SYSTEMAT IST. 1 REFERENT AILLEURS DANS L'INSTTUTION 2 REFERENT HORS DE L'INSTITUTION 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAIEMENT/REFERENCE. . . 4	
1409	Est-ce que les guides techniques/normes nationales pour les CPN sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1411
1410	Puis-je les voir? ACCEPTABLE SI INCLUSES DANS D'AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→ 1415
1411	Est-ce que d'autres types de guides techniques sur les CPN sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI. 1 NON. 2	→ 1415
1412	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des clientes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénatals, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1417
1416	Puis-je les voir?	OBSERVÉS 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. 2	
1417	Est-ce que des cartes ou des fiches-clientes individuelles/ carnets de la santé de la femme pour les CPN ou Consultation Post Natale (CPoN) sont conservées dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1419
1418	Puis-je voir une fiche ou une carte vierge?	OBSERVÉE 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. 2	
1419	Est-ce que cette institution dispose d'un système par lequel les observations ou les paramètres des clientes CPN sont systématiquement relevés avant la consultation? SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OÙ CES ACTIVITÉS SE DEROULENT.	OUI. 1 NON. 2	→ 1421

1420	OBSERVER POUR VOIR SI LES ACTIVITÉS CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI UNE ACTIVITÉ N'EST PAS OBSERVÉE, DEMANDER: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes en CPN?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée des clientes	1	2	3	8
02	Prise de la tension	1	2	3	8
03	Organisation de sessions d'éducation de groupe/IEC	1	2	3	8
04	Test d'albumine	1	2	3	8
05	Test d'anémie	1	2	3	8

EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN

1421	Je voudrais savoir si les matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	(A) DSIPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05	STETHOSCOPE FCETAL	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	
06	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8
07	TABLE GYNECOLOGIQUE OU LIT DE CONSULTATION	1	2	3			
08	RUBAN METRIQUE	1	2	3			
09	SONOGRAPHIE/ECOGRAPHIE	1 → b	2 → b	3 1422 ↙	1	2	8
1422	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTÉE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	COMPRIMÉS DE FER	1	2	3	4	5	
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
05	VACCIN CONTRE LE TETANOS	1	2	3	4	5	
06	VACCIN CONTRE LE TETANOS ET LA DIPHTERIE	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

1450	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES	11	SECTION SUIVANTE/SERVI
		VACCINATION	12	
SOINS INFANTILES	13			
PF	14			
PTME	16			
MATERNITE	17			
IST	18			
TUBERCULOSE	19			
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21			
MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22			
CHIRURGIE MINEURE	23			
PAS VISITE AVANT	31			
1451	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DSIPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUES	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1452	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE CPN	SALLE SEPARÉE	1	
		AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2	
		INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	
		PAS D'INTIMITÉ	4	
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 15: PREVENTION TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

1500	VERIFIEZK Q102.06 FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> SERVICES POUR LA PTME ↓	PAS DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←	
ATTENTION!!! NE COMMENCER CETTE SECTION QU' APRES AVOIR FINI AVEC LA SECTION SUR LES CPN			
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME DANS L'INSTITUTION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE PTME. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1501	Comme éléments faisant partie des services de PTME, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux clientes	OUI	NON
01	CONSEILS AUX FEMMES ENCEINTES SUR LE VIH ET SERVICE DE DEPISTAGE	1	2
02	TEST DE DEPISTAGE DES NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
03	TRAITEMENT AUX ARV AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES	1	2
04	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
05	CONSEILS AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES POUR L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS ET DES NOURRISSONS	1	2
06	CONSEILS NUTRITIONNELS POUR LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET LEURS ENFANTS	1	2
07	CONSEILS SUR LA PF AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES	1	2
1502	VERIFIEZ Q1501.01 COUNSELING SUR LE VIH <input type="checkbox"/> ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES ↓	PAS DE COUNSELING SUR LE VIH <input type="checkbox"/> ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES →	1506
1503	EST-CE QUE C'EST LE MEME ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES DE CPN?	OUI, C'EST LE SERVICE DE CPN. 1 NON, C'EST UN ENDROIT DIFFERENT. 2	→ 1506
1504	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1506
1505	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	
1506	VERIFIEZ Q1501.02 DEPISTAGE DES ENFANTS <input type="checkbox"/> ↓	DEPISTAGE DES ENFANTS <input type="checkbox"/> →	1509
1507	Est-ce que dans ce service, les prestataires utilisent un papier filtre pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage des enfants ?	OUI. 1 NON. 2	→ 1509
1508	Puis-je voir un exemplaire de papier buvard / papier filtre? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EXEMPLAIRE EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	

1509	Est-ce que les guides techniques/normes nationales en matière de PTME sont disponibles dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1511		
1510	Puis-je les voir? PEUT ETRE UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	→ 1513		
1511	Est-ce que d'autres types de guides techniques sur la PTME sont disponibles dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1513		
1512	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2			
1513	Est-ce que des guides techniques/normes sur le counseling pour l'allaitement du bébé et de l'enfant sont disponibles dans ce service?	OUI. 1 NON. 2	→ 1515		
1514	Puis-je les voir? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES. 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2			
1515	Est-ce que dans ce service, vous stockez des ARV pour la PTME?	OUI. 1 NON. 2	→ 1550		
1516	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) PAS OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTÉE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI
	OPTION B PLUS: 01 EFAVIRENZ (EFV) + ABACAVIR (ABC) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2	3	4
02 AUTRE TYPE _____ PRECISEZ	1	2	3	4	5

PRECAUTIONS DE BASE

1550	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDiquer LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL.</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN.</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>MATERNITE</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>SERVICES IST</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALDIES NON TRANSMISSIBLES</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITÉ AVANT</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES	11	VACCINATION INFANTILE	12	SOINS INFANTILES	13	PLANNING FAMILIAL.	14	CPN.	15	MATERNITE	17	SERVICES IST	18	TUBERCULOSE	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21	MALDIES NON TRANSMISSIBLES	22	CHIRURGIE MINEURE	23	PAS VISITÉ AVANT	31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
CONSULTATIONS GENERALES	11																										
VACCINATION INFANTILE	12																										
SOINS INFANTILES	13																										
PLANNING FAMILIAL.	14																										
CPN.	15																										
MATERNITE	17																										
SERVICES IST	18																										
TUBERCULOSE	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21																										
MALDIES NON TRANSMISSIBLES	22																										
CHIRURGIE MINEURE	23																										
PAS VISITÉ AVANT	31																										
1551	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT(OPCT)	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
1552	<p>DEMANDER A VOIR LE LIEU OU ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME.</p> <p>DECRIRE LE CADRE DE LA PIECE OU L'ENDROIT.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ.</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ.	4																	
SALLE SEPARÉE.	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																										
PAS D'INTIMITÉ.	4																										
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAU-NES

1600	VERIFIEZ Q102.07	FOURNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL <input type="checkbox"/>
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
<p>DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.</p>			
1601	Est-ce qu'un prestataire qualifié en matière d'accouchement, est présent dans l'institution ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI 1 NON..... 2	→ 1604
1602	Est-ce qu'il y a un tableau de roulement du personnel ou une liste d'appel,urgence (un programme journalier d'affectation du personnel)?	OUI 1 NON..... 2	→ 1604
1603	Puis-je le voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	

ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

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

1608	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
1609	Est-ce que vous avez les guides techniques/normes sur la prise en charge du travail prématuré? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'AUTRES DIRECTIVES	OUI 1 NON 2	→ 1611
1610	Puis-je les?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2	
1611	Est-ce que dans cette institution on pratique la méthode kangourou pour les nouveaux né à faible poids?	OUI 1 NON 2	→ 1613
1612	Est-ce qu'il y a une salle séparée où on pratique la méthode kangourou ou est-ce qu'elle est intégrée dans le service principal (pavillon) de la maternité?	OUI, SALLE SEPARÉE 1 NON, INTEGRÉ 2	
1613	Est-ce que les prestataires dans cette institution utilisent le partogramme pour surveiller le travail et l'accouchement?	OUI 1 PAS D'UTILISATION DE PARTOGRAMME 2	→ 1615
1614	Est-ce que dans cette institution, on utilise systématiquement, de manière sélective, ou pas du tout le partogramme?	SYSTEMATIQUEMENT 1 SELECTIVEMENT 2	
1615	Combien de lits réservés au service maternité sont disponibles dans cette institution?	# DE LITS RESERVES A LA MATERNITE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998	
1616	Combien de lits réservés pour les accouchements sont disponibles dans ce service ?	# DE LITS RESERVES AUX ACCOUCHEMENTS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998	
1617	Est-ce que cette institution fait des revues régulières sur la mortalité maternelle et néonatale ou bien sur "les décès évités de justesse"?	OUI 1 NON 2	→ 1622
1618	Est-ce que ces analyses sont faites sur les mères seulement, les nouveau-nés ou sur les deux à la fois?	POUR LES MERES SEULEMENT. 1 POUR LES NOUVEAUX-NES SEULEMENT 2 POUR LES DEUX 3	→ 1621
1619	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité maternelle ou sur " <u>les cas évités de justesse</u> " sont-elles faites?	CHAQUE: <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES SEULEMENT QUAND UN CAS SURVIENT 53 NSP 98	
1620	VERIFIEZ Q1618: REPONSE "3" <input type="checkbox"/> ENCERCLEE ↓	REPONSE "3" <input type="checkbox"/> PAS ENCERCLEE →	→ 1622
1621	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité néonatale ou sur les " <u>cas évités de justesse</u> " sont-elles faites?	CHAQUE: <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINE SEULEMENT QUAND UN CAS SURVIENT 53 TJRS AVEC CELLE SUR LA MORTALITE MATERNELLE 95 NSP 98	

EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

1622	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service d'accouchement, et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	INCUBATEUR	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	AUTRE SOURCE EXTERNE DE CHALEUR	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	ASPIRATEUR CATHETER	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05	ASPIRATEUR POIRE	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
06	VENTOUSE OBSTETRICALE EXTRACTOR	1 → b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8
07	ASPIRATEUR MANUEL (AMIU) OU KIT D&C	1 → b	2 → b	3 08 ↙	1	2	8
08	BALLON ET MASQUE RESPIRATOIRE	1 → b	2 → b	3 09 ↙	1	2	8
09	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 10 ↙	1	2	8
10	THERMOMETRE POUR BASSE TEMPERATURE	1 → b	2 → b	3 11 ↙	1	2	8
11	PESE-BEBE	1 → b	2 → b	3 12 ↙	1	2	8
12	STETHOSCOPE FCETAL	1 → b	2 → b	3 13 ↙	1	2	8
13	TENSIOMETRE	1 → b	2 → b	3 14 ↙	1	2	8
14	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 15 ↙	1	2	8
15	BONBONNE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 1623 ↙	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE			
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT	1	2	3			
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE	1	2	3			
03	FILS/RUBAN DE SUTURE POUR CORDON OMBILICAL/CLAMPS POUR CORDON OMBILICAL	1	2	3			
04	SPECULUM	1	2	3			
05	CISEAUX POUR EPISIOTOMIE	1	2	3			
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL	1	2	3			
07	MATERIEL ET AIGUILLES POUR SUTURE	1	2	3			
08	PORTES-AIGUILLES	1	2	3			
09	FORCEPS (LARGE)	1	2	3			
10	FORCEPS (MOYEN)	1	2	3			
11	PORTE-COMPRESSES	1	2	3			
12	PARTOGRAPHE VIERGE	1	2	3			

1624	Est-ce que cette institution observe systématiquement les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveau-nés?	OUI	NON	NSP		
01	Poser le bébé sur le ventre de la mère juste après l'accouchement (peau sur peau)	1	2	8		
02	Section retardée du cordon	1	2	8		
03	Sécher et couvrir les nouveaux-nés pour les réchauffer	1	2	8		
04	Commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	1	2	8		
05	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
06	Aspiration à l'aide d'une sonde	1	2	8		
07	Aspiration à l'aide d'une poire ou d'une ampoule d'aspiration	1	2	8		
08	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2	8		
09	Administration de Vitamine K au nouveau-né	1	2	8		
10	Appliquer de la Tétracycline dans les deux yeux	1	2	8		
11	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance	1	2	8		
12	Mettre le bébé au sein immédiatement après l'accouchement	1	2	8		
13	Donner au nouveau-né le vaccin polio oral avant la sortie	1	2	8		
14	Faire le BCG au nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
15	Donner la vitamine à la mère tout de suite après l'accouchement	1	2	8		
1625	Veuillez me dire si les médicaments ou les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE		(B) NON OBSERVE		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS DISPONIBLE
01	POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX	1	2	3	4	5
02	ANTIBIOTIQUE INJECTABLE (PAR EX., CEFTRIAZONE)	1	2	3	4	5
03	UTEROTONIQUE INJECTABLE (PAR EX., OXYTOCINE)	1	2	3	4	5
04	SULFATE DE MAGNESIUM	1	2	3	4	5
05	DIAZEPAM INJECTABLE	1	2	3	4	5
06	SOLUTION IV (EXPANSEURS DU VOLUME PLASMATIQUE)/ (GROSSE MOLECULE) AVEC LE NECESSAIRE A PERFUSION	1	2	3	4	5
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5
08	SOLUTION DE CHLORHEXIDINE A 4% (NETTOYAGE DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5

PTME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

1626	Est-ce que dans ce service vous offrez au moins un des éléments de la PTME aux femmes qui viennent pour accoucher?	OUI 1 NON 2				
1627	Est-ce que les prestataires de la maternité font le dépistage du VIH dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 1629			
1628	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR du VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4				
1629	Est-ce que vous avez des stocks d'ARV pour la PTME, dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 1650			
1630	Veuillez me dire si les médicaments antirétroviraux suivants pour la PTME sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) NON OBSERVE			
01		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON / OU JAMAIS DISPONIBLE
02		AUTRE TYPE _____ PRECISEZ				

PRECAUTIONS DE BASE

1650	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>SERVICES IST</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALDIES NON TRANSMISSIBLES</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITÉ AVANT</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES	11	VACCINATION INFANTILE	12	SOINS INFANTILES	13	PLANNING FAMILIAL	14	CPN	15	PTME	16	SERVICES IST	18	TUBERCULOSE	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21	MALDIES NON TRANSMISSIBLES	22	CHIRURGIE MINEURE	23	PAS VISITÉ AVANT	31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
CONSULTATIONS GENERALES	11																										
VACCINATION INFANTILE	12																										
SOINS INFANTILES	13																										
PLANNING FAMILIAL	14																										
CPN	15																										
PTME	16																										
SERVICES IST	18																										
TUBERCULOSE	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21																										
MALDIES NON TRANSMISSIBLES	22																										
CHIRURGIE MINEURE	23																										
PAS VISITÉ AVANT	31																										
1651	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVE	REPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOÎTE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOÎTE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
1652	<p>DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ	4																	
SALLE SEPARÉE	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																										
PAS D'INTIMITÉ	4																										
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

SECTION 17: MALARIA

1700	VERIFIEZ Q102.08: FOURNITURE DE SERVICES POUR LA MALARIA <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA MALARIA <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS VENANT CONSULTER POUR LA MALARIA. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES SUR LA MALARIA. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.		
1701	Combien de jours par mois, les services concernant la malaria sont disponibles dans votre institution? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
1702	Est-ce que dans cette institution, les prestataires font le diagnostic de la malaria?	OUI 1 NON 2 → 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les resultats des tests sanguins pour confirmer le diagnostic de la malaria?	OUI 1 NON 2 → 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les resultats des tests sanguins pour confirmer le diagnostic du paludisme systematiquement ou parfois seulement?	SYSTEMATIQUEMENT/TOUJOURS 1 PARFOIS SEULEMENT 2
1705	Est-ce que les prestataires de ce service font le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer la malaria?	OUI 1 NON 2 → 1710
1706	Puis-je voir un echantillon du kit TDR de la malaria? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DE LA MALARIA SPECIFIEZ	FIRST RESPONSE A BIOLINE B CARESTART C AUTRE MARQUE/TYPE _____ X SPECIFIEZ
1708	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, une fiche technique ou d'autre aide pour l'usage de TDR de la malaria ou Algorithme	OUI 1 NON 2 → 1710
1709	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre la malaria selon les directives?	OUI 1 NON 2
1711	Est-ce que les guides techniques/normes nationales en matière de diagnostic et de traitement de la malaria sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2 → 1713
1712	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
1713	Est-ce que d'autres types de guides techniques pour le diagnostic et le traitement de la malaria sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2
REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.		

SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	VERIFIEZ Q102.09 FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES IST. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DES SERVICES IST. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1801	Combien de jours par mois les services IST sont disponibles dans cette institution? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DES JOURS]	JOURS/MOIS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
1802	Est-ce que les prestataires de cette institution font le diagnostic des IST?	OUI 1 NON. 2	→ 1804
1803	Comment se fait le diagnostic des IST?	APPROCHE SYNDROMIQUE SEULEMENT..... 1 ETIOLOGIQUE (LABO) SEULEMENT..... 2 A LA FOIS SYNDROMIQUE ET ETIOLOGIQUE..... 3	
1804	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement pour les IST?	OUI 1 NON. 2	
1805	VERIFIEZ Q1802 ET Q1804 REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q1802 NI Q1804 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←	
1806	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont référés pour le counseling et de dépistage du VIH, ou bien ces services leur sont offert dans ce service.	OUI 1 NON. 2	→ 1810
1807	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont systématiquement référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ils le sont seulement quand ils sont suspectés d'être infectés par le VIH?	SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT. 1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE VIH 2	
1808	Est-ce que les prestataires du service IST font le dépistage du VIH dans ce même service ?	OUI 1 NON. 2	→ 1810
1809	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI..... 4	
1810	Est-ce que les guides techniques/normes nationales pour le diagnostic et le traitement des IST sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON. 2	→ 1812
1811	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→ 1814
1812	Est-ce qu'il y a d'autres types de guides techniques pour le diagnostic et le traitement des IST qui sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON. 2	→ 1814
1813	Puis-je les voir	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
1814	Est-ce que cette institution pratique la notification du partenaire pour les IST?	OUI 1 NON. 2	→ 1816
1815	Est-ce que la notification est toujours ou parfois active (quand l'institution contacte le partenaire) ou bien est-elle seulement passive quand l'institution demande aux patients d'informer ou d'amener leurs partenaires)?	TOUJOURS ACTIVE 1 PARFOIS ACTIVE..... 2 SEULEMENT PASSIVE..... 3	
1816	Est-ce qu'on utilise des fiches ou des carnets de santé individuels?	OUI 1 NON. 2	→ 1818
1817	Puis-je voir une fiche individuelle ou un carnet de santé individuel (Vierge ou pas).	OBSERVÉE 1 RAPPORTÉE, PAS VUE 2	

1818	DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE COUNSELING OU DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.					
		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP	
	SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:					
	01	Sur les IST	1	2	3	8
	02	Sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
	03	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
	04	Posters sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3	8
	05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
	06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3	8
	INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI					
	07	Sur les IST	1	2	3	8
	08	Sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
	09	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
	10	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
	11	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8

PRECAUTIONS DE BASE

1850	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES	11	VACCINATION INFANTILE	12	SOINS INFANTILES	13	PLANNING FAMILIAL	14	CPN	15	PTME	16	MATERNITE	17	TUBERCULOSE	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22	CHIRURGIE MINEURE	23	PAS VISITE AVANT	31																																
CONSULTATIONS GENERALES	11																																																									
VACCINATION INFANTILE	12																																																									
SOINS INFANTILES	13																																																									
PLANNING FAMILIAL	14																																																									
CPN	15																																																									
PTME	16																																																									
MATERNITE	17																																																									
TUBERCULOSE	19																																																									
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21																																																									
MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22																																																									
CHIRURGIE MINEURE	23																																																									
PAS VISITE AVANT	31																																																									
1851	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">OBSERVE</th> <th style="width: 15%;">RAPPORTE, PAS VU</th> <th style="width: 15%;">PAS DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>02</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>03</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>04</td><td style="text-align: center;">1 06 ↙</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>05</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>06</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>07</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>08</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>09</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>10</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>11</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>12</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>13</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </tbody> </table>		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	01	1	2	3	02	1	2	3	03	1	2	3	04	1 06 ↙	2	3	05	1	2	3	06	1	2	3	07	1	2	3	08	1	2	3	09	1	2	3	10	1	2	3	11	1	2	3	12	1	2	3	13	1	2	3
	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE																																																							
01	1	2	3																																																							
02	1	2	3																																																							
03	1	2	3																																																							
04	1 06 ↙	2	3																																																							
05	1	2	3																																																							
06	1	2	3																																																							
07	1	2	3																																																							
08	1	2	3																																																							
09	1	2	3																																																							
10	1	2	3																																																							
11	1	2	3																																																							
12	1	2	3																																																							
13	1	2	3																																																							
1852	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES IST</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ	4																																																
SALLE SEPARÉE	1																																																									
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2																																																									
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																																																									
PAS D'INTIMITÉ	4																																																									
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>																																																										

SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	VERIFIEZ Q102.10 FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TB <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TB <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES SUR LA TB. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRESTATION DE SERVICES SUR LA TB. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.		
1901	Combien de jours par mois les services de santé sur la TB sont-ils fournis? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

1902	Est-ce que les prestataires de cette institution font le diagnostic de la tuberculose chez un patient adulte?	OUI 1 NON 2	→1904
1903	Quelle est la méthode la plus utilisée par les prestataires pour faire le diagnostic de la TB? SONDER POUR DETERMINER LA METHODE LA PLUS UTILISÉE.	EXAMEN DES CRACHATS SEULEMENT 1 RADIOGRAPHIE SEULEMENT..... 2 SOIT EXAMEN CRACHATS SOIT RADIO..... 3 A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO 4 SYMPTOMES CLINIQUES SEULEMENT..... 5	
1903A	Est-ce que les prestataires de cette institution font le diagnostic de la tuberculose infantile?	OUI 1 NON 2	
1904	Est-ce que il arrive aux prestataires de référer des patients en dehors de l'institution pour le diagnostic de la TB?	OUI 1 NON 2	→1908
1905	Est-ce que cet établissement a un accord avec une institution de référence pour que les résultats des tests de dépistage de la TB vous soient retournés, soit directement, soit par le patient?	OUI 1 NON 2	
1906	Est-ce qu'il existe un document/registre (fiche de référence de la TB) des patients qui sont référés pour le diagnostic de la TB?	OUI 1 NON 2	→1908
1907	Puis-je voir le document/registre des patients qui sont référés ? VERIFIER SI LES RESULTATS DES DIAGNOSTICS Y SONT ENREGISTRES	REGISTRE VU (PAPIER) 1 REGISTRE VU (ELECTRONIQUE)..... 2 REGISTRE PAS VU..... 3	

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

1908	Est-ce que les prestataires de cette institution prescrivent un traitement pour la TB ou bien gèrent les patients adultes qui sont sous traitement anti-tuberculeux?	OUI 1 NON 2	→1910
1909	Quel est le schéma ou l'approche thérapeutique que les prestataires utilisent pour le suivi des patients adultes <u>nouvellement diagnostiqués</u> comme ayant la TB? PRECISER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE	TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 2MOIS, SUIVI 4MOIS..... 1 TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 6MOIS..... 2 SUIVI APRES 2 MOIS DE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE EFFECTUE AILLEURS..... 3 DIAGNOSTIQUE ET TRAITÉ LE PATIENT HOSPITALISE REFERE AILLEURS POUR SUIVI..... 4 TRAITEMENT COMPLET SANS FAIRE LE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE..... 5 DIAGNOSTIQUE, PRESCRIT/FOURNIT DES MEDICAMENTS SEULEMENT, PAS DE SUIVI..... 6 DIAGNOSTIC SEULEMENT, PAS DE TRAITEMENT OU DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS..... 7	
1909A	Est-ce que les prestataires de cette institution prescrivent un traitement pour la TB -infantile ou bien gèrent les enfants qui sont sous traitement anti-tuberculeux?	OUI 1 NON 2	
1909B	Est-ce que les prestataires de cette institution prescrivent un <u>retraitement</u> pour la TB ou bien gèrent les patients qui <u>ont rechutes</u> et qui sont sous traitement anti-tuberculeux?	OUI 1 NON 2	

1910	VERIFIEZ Q1902 ET Q1908	PAS DE FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TB	<input type="checkbox"/>	
		Fourniture de DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TB	<input type="checkbox"/>	
		SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	<input type="checkbox"/>	
1911	Est-ce qu'il existe un système pour dépister le VIH chez les patients tuberculeux?	OUI 1 NON 2		→1913
1912	Puis-je voir un registre ou une preuve de ce système de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux? LE SYSTEME PEUT ETRE SOUS FORME D'UN REGISTRE	SYSTEME OR REGISTRE OBSERVE 1 SYSTEME OR REGISTRE RAPPORTE, PAS VU 2		
1913	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI 1 NON 2		→1915
1914	Puis-je voir un échantillon du kit de dépistage rapide du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4		
1915	Est-ce que les guides techniques/normes nationales en matière de diagnostic et de traitement de la TB sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2		→1917
1916	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2		
1917	Est-ce que les guides techniques/normes pour la gestion de la co-infection VIH et TB sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2		→1919
1918	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2		
1919	Est-ce que des guides techniques/normes sur le traitement de la TB-MDR sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2		→1921
1920	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2		
1921	VERIFIEZ Q1903	REPONSES 1, 3 OU 4 ENCERCLEES	<input type="checkbox"/>	REPONSES 1, 3 OU 4 PAS ENCERCLEES <input type="checkbox"/> → 1924
1922	Est-ce que vous avez des crachoirs dans ce service pour collecter des échantillons de crachat?	OUI 1 NON 2		→1924
1923	Puis-je en un voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 3		
1924	Est-ce que des guides techniques/normes sur le contrôle de l'infection TB sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2		→1950
1925	Puis-je en un voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2		

PRECAUTIONS DE BASE

1950	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>SERVICE IST</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES	11	VACCINATION INFANTILE	12	SOINS INFANTILES	13	PLANNING FAMILIAL	14	CPN	15	PTME	16	MATERNITE	17	SERVICE IST	18	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22	CHIRURGIE MINEURE	23	PAS VISITE AVANT	31	ALL ER A →1953
CONSULTATIONS GENERALES	11																										
VACCINATION INFANTILE	12																										
SOINS INFANTILES	13																										
PLANNING FAMILIAL	14																										
CPN	15																										
PTME	16																										
MATERNITE	17																										
SERVICE IST	18																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES	22																										
CHIRURGIE MINEURE	23																										
PAS VISITE AVANT	31																										
1951	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE RAPPORTE PAS PAS VU DISPONIBLE																									
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1 2 3																									
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1 2 3																									
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/ DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1 2 3																									
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 2 3 06 ↗																									
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1 2 3																									
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1 2 3																									
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1 2 3																									
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1 2 3																									
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1 2 3																									
10	MASQUES MEDICAUX	1 2 3																									
11	BLOUSES	1 2 3																									
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1 2 3																									
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1 2 3																									
1952	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES DE TB	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ	4																	
SALLE SEPARÉE	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																										
PAS D'INTIMITÉ	4																										
1953	VERIFIEZ Q214 ANTI-TUBERCULEUX STOCKES AILLEURS OU OU PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>	ANTITUBERCULEUX STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC (RESPONSE 1 ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>	→ 931																								
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

SECTION 20: TEST DE DEPISTAGE DU VIH

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

PRECAUTIONS DE BASE

2050	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DEPISTAGE SUR LE VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPIONDANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE12 SOINS INFANTILES..... 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN..... 15 PTME..... 16 MATERNITE 17 SERVICE IST 18 TUBERCULOSE 19 MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22 CHIRURGIE MINEURE..... 23 PAS VISITE AVANT..... 31	2053	
2051	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUES	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
2052	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4		
2053	Est-ce que des condoms à donner aux patients recevant des services de counseling et de dépistage du VIH, sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 3		2054A
2054	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS 1 RAPPORTÉS , PAS VUS. 2		
2054A	Cette institution dispose-t-elle d'un conseiller formé en counseling pre-test et post-test?	OUI 1 NON 2		2055
2055	VERIFIEZ Q2002 DEPISTAGE EXTERNE DU VIH <input type="checkbox"/> (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE)	PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH <input type="checkbox"/> (NI "E" OU "F" ENCERCLE) SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←		
2056	Est-ce que cet établissement a un accord avec l'institution de référence pour les tests, pour que les résultats soient retournés ici, soit directement soit par le patient?	OUI 1 NON 2		←
2057	Puis-je voir quelques evidence de cet accord?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2		
REMERCEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 21: TRAITEMENT DU VIH

2100	VERIFIEZ Q102.12 FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>			
DEMANDER A VOIR L'ENDOIT OU ON FOURNIT LES SERVICES DU TRAITEMENT DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CES SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
2101	Est-ce que les prestataires de santé dans cette institution prescrivent un traitement ARV	OUI 1 NON 2			
2102	Est-ce que les prestataires de santé dans cette institution fournissent des services de suivi du traitement aux personnes sous ARV, y compris la fourniture de services communautaires?	OUI SUIVI INSTITUTIONNEL SEULEMENT 1 OUI SUIVI INSTITUTIONNEL ET COMMUNAUTAIRE 2 NON 3			
2103	VERIFIEZ Q2101 ET Q2102 REPONSE "OUI" SOIT DANS Q2101 OU Q2102 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "NON" DANS Q2101 ET Q2102 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>			
2104	Est-ce que les guides techniques/normes nationales sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2106		
2105	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→2108		
2106	Est-ce que d'autres types de guides techniques sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2108		
2107	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2			
TESTS DE BASE AVANT LE TRAITEMENT ARV					
2108	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer s'ils sont faits comme tests de base de façon systématiquement, de manière sélective ou jamais, avant de mettre un patient sous ARV.				
		TEST DE SITUATION DE REFERENCE EFFECTUÉ DE FACON			
	TEST	SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP
01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3	8
02	Comptage globulaire complet (Hemogramme complet)	1	2	3	8
03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3	8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3	8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3	8
06	Bilan des fonctions rénales (creatinine sérique, urée et électrolytes)	1	2	3	8
07	Analyse d'urines	1	2	3	8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
09	Hépatite B	1	2	3	8
09A	PPD	1	2	3	8
10	Test crachat pour la TB	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8
12	Autres tests de routine _____ (SPECIFIER)	1	2	3	8

TESTS DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TAR

2109	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer si un test de suivi est fait systématiquement, de manière sélective ou jamais pendant que le patient est sous TAR (c'est-à-dire pour le suivi)				
		TEST DE SUIVI EFFECTUÉ DE FAÇON			
	TEST	SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON/JAMAIS	NSP
01	Hémoglobine/hématocrite	1	2	3	8
02	Comptage globulaire complet (Hemogramme complet)	1	2	3	8
03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3	8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3	8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3	8
06	Bilan des fonctions rénales (créatinine sérique, urée et électrolytes)	1	2	3	8
07	Analyse d'urines	1	2	3	8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
09	Hépatite B	1	2	3	8
09A	PPD	1	2	3	8
10	Test crachat pour la TB	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8
12	Autres tests de routine <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> (SPECIFIER)	1	2	3	8
2110	VERIFIEZ Q216 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ARV STOCKES AILLEURS OU PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE) </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> ARV STOCKES DANS LE SERVICE DE TARV (REPONSE 1 ENCERCLEE) </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div>				
→ 941					
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

SECTION 22: SOINS ET SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH

2200	VERIFIEZ Q102.13 FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH	PAS DE FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT																																				
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SOINS ET LES SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.																																						
2201	Veuillez SVP me dire si les prestataires de santé fournissent les services suivants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">OUI</th> <th style="width: 33%;">NON</th> <th style="width: 33%;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	NON	NSP	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8
OUI	NON	NSP																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
1	2	8																																				
01	Prescrire un traitement contre toute infection opportuniste ou symptôme lié au VIH/SIDA. Cela inclut le traitement des infections fongiques topiques.																																					
02	Faire un traitement systématique des infections fongiques y compris la méningite à cryptocoque																																					
03	Faire ou prescrire un traitement palliatif pour les patients, telles que la gestion des symptômes ou de la douleur ou les soins infirmiers aux patients en phase terminale, ou très affaiblis.																																					
04	Fournir des services de réhabilitation nutritionnelle, c'est-à-dire l'éducation et la fourniture au patient de suppléments nutritionnels																																					
05	Prescrire ou fournir un supplément de protéines enrichies																																					
06	Prise en charge des enfants atteints VIH/SIDA																																					
07	Prescrire ou fournir un traitement préventif contre la TB (INH + Pyridoxine)																																					
08	Fournir ou prescrire un traitement préventif primaire contre les infections opportunistes, tel que le traitement préventif au Cotrimoxazole																																					
09	Fournir ou prescrire un supplément en oligo-éléments tels que des vitamines ou du fer																																					
10	Fournir le counseling et/ou services de PF																																					
11	Fournir des condoms pour la prévention de la transmission du VIH																																					
2202	Est-ce qu'il y a un système pour tester et dépister systématiquement la TB chez les patients séropositifs?	OUI 1 NON 2	→ 2204																																			
2203	Puis-je voir le système ou l'evidence d'existence de ce système ?	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVÉ 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTÉ, PAS VU 2																																				
2204	Est-ce que les guides techniques/normes nationales pour la gestion clinique du VIH/SIDA sont disponibles dans ce service ?	OUI 1 NON 2	→ 2208																																			
2205	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2																																				
2208	Est-ce qu'il y a dans ce service des condoms à distribuer aux patients qui reçoivent les services?	OUI 1 NON 2	→ Section suivante																																			
2209	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS 1 RAPPORTÉS, PAS VUS 2																																				
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																																						

SECTION 23: MALADIES NON TRANSMISSIBLES

2300	VERIFIEZ Q102.14 FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT		
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS QUI ONT DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES OU CHRONIQUES, TELLES QUE LE DIABETE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DE TELS SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.		

DIABETE

2301	Est-ce que les prestataires de cette institution font le diagnostic et/ou gèrent le diabète ?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION 2 OUI, GESTION SEULEMENT..... 3 NON 4	2310
2302	Est-ce que les guides techniques/normes nationales sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	2304
2303	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	2310
2304	Est-ce que d'autres types de guides techniques sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	2310
2305	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	

MALADIES CADIO-VASCULAIRES

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

MALADIES RESPIRATOIRES

2320	Est-ce que les prestataires de cette institution font le diagnostic et/ou gèrent des maladies respiratoires chroniques telles que la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION 2 OUI, GESTION SEULEMENT..... 3 NON 4	2325
2321	Est-ce que les guides techniques/normes nationales pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	2323
2322	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	2325
2323	Est-ce que d'autres types de guides techniques pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	2325
2324	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	

MALADIES MENTALES

2325	Est-ce que les prestataires de cette institution font le diagnostic et/ou gèrent des maladies mentales?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION 2 OUI, GESTION SEULEMENT 3 NON 4	2330
2326	Est-ce que les guides techniques/normes nationales pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies mentales sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	2328
2327	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	2330
2328	Est-ce que d' autres types de guides techniques pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies mentales sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	2330
2329	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE

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

SALLE DE CONSULTATION DES PATIENTS

2350	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>SERVICES IST</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES	11	VACCINATION INFANTILE	12	SOINS INFANTILES	13	PLANNING FAMILIAL	14	CPN	15	PTME	16	MATERNITE	17	SERVICES IST	18	TUBERCULOSE	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21	CHIRURGIE MINEURE	23	PAS VISITE AVANT	31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
CONSULTATIONS GENERALES	11																										
VACCINATION INFANTILE	12																										
SOINS INFANTILES	13																										
PLANNING FAMILIAL	14																										
CPN	15																										
PTME	16																										
MATERNITE	17																										
SERVICES IST	18																										
TUBERCULOSE	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21																										
CHIRURGIE MINEURE	23																										
PAS VISITE AVANT	31																										
2351	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3																							
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] /ANTISEPTIQUE	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
2352	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>			SALLE SEPARÉE	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ	4															
SALLE SEPARÉE	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																										
PAS D'INTIMITÉ	4																										
REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

SECTION 24: SERVICES DE PETITE CHIRURGIE

2400	VERIFIEZ Q102.15 FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT					
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FAIT LA PETITE CHIRURGIE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE . SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.							
DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES ACTES DE PETITE CHIRURGIE ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESSOUS							
2401	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01		1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02		1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03		1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04		1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05		1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
06		1 → b	2 → b	3 06A ↙	1	2	8
06A		1 → b	2 → b	3 2402 ↙	1	2	8
2402	Veuillez SVP me dire si le matériel ou les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN MEDICAMENT AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'H	JAMAIS DISPONIBLE	
01		1	2	3	4	5	
02		1	2	3	4	5	
03		1	2	3	4	5	
04		1	2	3	4	5	
05		1	2	3	4	5	
05A	1	2	3	4	5		
05B	1	2	3	4	5		
2403	Est-ce qu'il y a des directives sur la Gestion intégrée des urgences et des soins chirurgicaux de base?	OUI 1 NON 2		→ 2450			
2404	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2					

PRECAUTIONS DE BASE

2450	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>CONSULTATIONS GENERALES 11</p> <p>VACCINATION INFANTILE 12</p> <p>SOINS CURATIFS INFANTILES 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL 14</p> <p>CPN 15</p> <p>PTME 16</p> <p>MATERNITE 17</p> <p>IST 18</p> <p>TUBERCULOSE 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22</p> <p>PAS VISITÉ AVANT 31</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SECTION SUIVANTE/SERVICE</p>	
2451	MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
2452	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT</p>	<p>SALLE SEPARÉE 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ 4</p>		
REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.				

SECTION 25: ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNES

2500	VERIFIEZ Q102.16 Fourniture de services d'accouchement par césarienne dans l'institution <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←																																																																														
DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU ON PRATIQUE LES ACCOUCHEMENTS PAR CESARIENNES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRATIQUE DES CESARIENNES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.																																																																																
2501	Est-ce que l'institution dispose d'un prestataire qui est qualifié pour pratiquer une césarienne et qui est présent ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI 1 NON 2 → 2504																																																																														
2502	Est-ce qu'il y a un horraire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'equipe de garde?	OUI 1 NON 2 → 2504																																																																														
2503	Puis-je les voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU..... 2																																																																														
2504	Est-ce que l'institution dispose d'un anesthésiste/infirmier(e) anesthésiste qui est présent dans l'institution ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI 1 NON 2 → 2507																																																																														
2505	Est-ce qu'il y a un horraire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'equipe de garde?	OUI 1 NON 2 → 2507																																																																														
2506	Puis-je les voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU..... 2																																																																														
2507	Est-ce qu'une césarienne a été pratiquée dans l'institution au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2																																																																														
DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES CESARIENNES ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESSOUS																																																																																
2510	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">(A) DISPONIBLE</th> <th colspan="3">(B) FONCTIONNEL</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">OBSERVE</th> <th style="width: 15%;">RAPPORTE PAS VU</th> <th style="width: 15%;">PAS DISPONIBLE</th> <th style="width: 15%;">OUI</th> <th style="width: 15%;">NON</th> <th style="width: 15%;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">01 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 02 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 03 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 04 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 05 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 06 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 07 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 08 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 09 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 10 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 11 ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP	01 → b	2 → b	3 02 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 03 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 04 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 05 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 06 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 07 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 08 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 09 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 10 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 11 ←	1	2	8	1 → b	2 → b	3 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←	1	2	8
(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL																																																																													
OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP																																																																											
01 → b	2 → b	3 02 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 03 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 04 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 05 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 06 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 07 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 08 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 09 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 10 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 11 ←	1	2	8																																																																											
1 → b	2 → b	3 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←	1	2	8																																																																											
REMERCIEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.																																																																																

SECTION 25A: SERVICES DENTAIRE

2511	VERIFIEZ Q102.20 FOURNITURE DE SERVICES DENTAIRE <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DENTAIRE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DENTAIRE SONT FOURNIS DANS L'INSTITUTION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DENTAIRE SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
Veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux patientes			
2512	Prise en charge des urgences bucco-dentaires et des traumatismes des traumatismes	OUI 1 NON 2	→ 2513
2513	Dépistage précoce et traitement de la carie dentaire	OUI 1 NON 2	→ 2514
2514	Diagnostic et traitement des maladies parodontales	OUI 1 NON 2	→ 2515
2515	Prise en charge de tumeurs, des masses, des pathologies des glandes salivaires	OUI 1 NON 2 SECTION SUIVANTE SUIVANT ↓	
REMERCIEZ VOTRE RÉPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.			

SECTION 26: ANALYSE DE GROUPE SANGUIN ET TEST DE COMPATIBILITE

2600	VERIFIEZ Q102.18 FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS L'INSTITUTION	<input type="checkbox"/> ↓	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS L'INSTITUTION SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←			
2601	Veuillez SVP me dire si les réactifs ou les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN REACTIF EST VALIDE (PAS PÉRIMÉ)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) PAS OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'H	JAMAIS DISPONIBLE
01	Réactif Anti-A (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5
02	Réactif Anti-B (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5
03	Réactif Anti-D (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5
04	Réactif de COOMBS (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5
05	Réactif Anti-AB (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5

SECTION 27: SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE

2700	VERIFIEZ Q102.19 FOURNITURE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS L'INSTITUTION	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS L'INSTITUTION SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT DANS L'INSTITUTION OÙ LE SANG EST COLLECTÉ, STOCKÉ, TRANSFORMÉ OU MANIPULÉ AVANT LA TRANSFUSION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE DANS L'INSTITUTION. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES		
2701	De quelle institution provient le sang qu'on utilise dans cette institution pour les transfusions sanguines?	CENTRE TRANSFUSIONNEL NATIONAL A POSTE TRANSFUSIONNEL B DEPOT DE SANG C AUTRE _____ X PRECISEZ
2702	Est-ce qu'au cours des 3 derniers mois, on a fait une transfusion de sang dans un contexte obstétrical (cad, pour des soins maternels)?	OUI 1 NON 2

DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

2710	Est-ce qu'avant de faire la transfusion, le sang qui est transfusé dans cette institution est dépisté pour n'importe quelle maladie infectieuse, soit dans l'institution même ou en dehors?	OUI 1 NON 2 NSP 3	→ 2720 → 2720
2711	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté seulement dans l'institution, seulement dans une institution externe, ou dans les deux à la fois?	SEULEMENT DANS CETTE INSTITUTION. 1 SEULEMENT DANS UNE AUTRE INSTITUTION. . . 2 DEPISTAGE A LA FOIS INTERNE ET EXTERNE. . . 3	
2712	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté, soit dans l'institution même ou en dehors , pour l'une des maladies infectieuses suivantes ? SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "parfois", ou "rarement" dépisté?	TOUJOURS PARFOIS RAREMENT NON NSP	
01	VIH	1 2 3 4 8	
02	SYPHILIS	1 2 3 4 8	
03	HEPATITE B	1 2 3 4 8	
04	HEPATITE C	1 2 3 4 8	
05	HTL V1	1 2 3 4 8	
06	HTL V2	1 2 3 4 8	
2713	Est-ce qu'on a une fois envoyé du sang en dehors de l'institution pour le dépistage de l'une des 5 maladies infectieuses mentionnées ci-dessus?	OUI 1 NON 2	→ 2720
2714	Pour laquelle des maladies a-t-on envoyé du sang en dehors de l'institution pour le dépistage? DEMANDER A VOIR LA DOCUMENTATION	(A) PRELEVEMENT ENVOYE POUR TESTS EXTERNES (B) DOCUMENTS SUR LES TESTS EXTERNES	
		OUI NON OUI NON	
01	VIH	1 → b 2 02 ←	1 2
02	SYPHILIS	1 → b 2 03 ←	1 2
03	HEPATITE B	1 → b 2 04 ←	1 2
04	HEPATITE C	1 → b 2 05 ←	1 2
05	HTL V1	1 → b 2 06 ←	1 2
06	HTL V2	1 → b 2 2720 ←	1 2

CONSERVATION DU SANG

2720	Est-ce qu'il est arrivé que l'institution a fait une demande de sang qui n'a été honoré pendant plus d'un jour, à n'importe quel moment au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2	
2720A	Quelle est la durée moyenne en heure qui se passe entre Le temps de la demande du sang au CTS, PTS ou dépôt de sang et la réception par l'institution?	DURÉE MOYENNE EN HEURE: <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
2721	Est-ce qu'il existe dans cette institution (laboratoire) un réfrigérateur pour la conservation du sang?	OUI 1 NON 2	→ 2724
2722	Puis-je voir le réfrigérateur?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	→ 2724
2723	QUELLE EST LA TEMPÉRATURE DANS LE RÉFRIGÉRATEUR OU LE CONGÉLATEUR OÙ ON CONSERVE LE SANG?	ENTRE +2 ET +6 DEGRÉS..... 1 PLUS DE +6 DEGRÉS..... 2 MOINS DE +2 DEGRÉS..... 3 THERMOMÈTRE NON FONCTIONNEL..... 4	
2724	Est-ce qu'il existe des directives quelconques sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OUI 1 NON 2	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
2725	Puis-je voir les directives sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	

SECTION 30: NIVEAU GENERAL DE PROPRETE DE L'INSTITUTION DE SANTE

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

SECTION 31: REVUE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

SANTÉ MATERNELLE: PREMIÈRE CONSULTATION PRÉNATALE (CPN1)						
3100	VERIFIEZ Q 102 (05)	SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/>			3110 ←
3101	Cet établissement communique-t-il des données sur les CPN à un système de notification/information?	OUI 1 NON 2		→ 3110		
3102	Sélectionnez dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification au(x)quel(s) cet établissement communique des données sur les cpn:	OUI	NON			
01	Système d'information et de gestion sanitaire	1	2			
02	Système de notification/information spécifique au programme de santé maternelle et infantile	1	2			
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions	1	2			
04	Autre système de notification/information	1	2	PRÉCISEZ _____		
DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS						
3103	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre de femmes enceintes recevant des soins prénatals.		OUI	NON		
01	Registre CPN ou registre intégré cpn		1	2		
02	Feuilles de pointage CPN		1	2		
03	Fiches de suivi des patients		1	2		
04	Autre		1	2	PRÉCISEZ _____	
3104	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle des consultations prénatales? nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total de visites CPN1 de cet établissement. Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.		REGISTRE CPN OU REGISTRE INTEGRE CPN 1 FEUILLES DE POINTAGE CPN 2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)			
SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION 3104, VEUILLEZ DEMANDER À LA PERSONNE DANS L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉPARE RÉGULIÈREMENT DES RAPPORTS MENSUELS DE VOUS DONNER LE DOCUMENT SOURCE UTILISÉ POUR COMPILER ET RÉSUMER L'INFORMATION SUR LES CPN POUR LE RAPPORT MENSUEL (i.e. REGISTRE, FEUILLES DE POINTAGE, ETC.) AINSI QUE LES RAPPORTS MENSUELS POUR MOIS1, MOIS2, et MOIS3.						
EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AUX CONSULTATIONS PRÉNATALES ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES						
3105	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. si disponible, recomptez le nombre de premières consultations prénatales (CPN1) consignées dans ce principal document source pour les mois de la période de vérification (mois 1 à mois 3). saisissez le nombre mois par mois.		(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE			(B) RECOMPTEZ LE NONBRE DE CPN1 DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEM ENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
1	MOIS 1	1 → B	2 → B	3 →	4 →	
2	MOIS 2	1 → B	2 → B	3 →	4 →	
3	MOIS 3	1 → B	2 → B	3 →	4 →	
				3106 ↓	3106 ↓	
EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL DE CPN1 ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES						

3106	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour les consultations prénatales (mois 1 à mois 3), si disponible, veuillez recopier le nombre de premières consultations prénatales figurant dans le rapport mensuel de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification (mois 1 à mois 3).	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE CPN1 FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
1	MOIS 1	1 → B	2 → B	3 →	4 →	<input type="text"/>
2	MOIS 2	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV 3 →	LIGNE SUIV 4 →	<input type="text"/>
3	MOIS 3	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV 3 →	LIGNE SUIV 4 →	<input type="text"/>
				3107 →	3107 →	<input type="text"/>

ÉCARTS OBSERVÉS	
3107	Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?
	AUCUN ÉCART 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE 4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S) 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)

INDICATEURS DE VACCINATION

TROISIÈME DOSE DE VACCIN PENTAVALENT/DTC (PENTA/DTC) CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 1 AN

3110	VERIFIEZ Q 102 (01) SERVICE DE VACCINATION DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/> PAS DE SERVICE DE VACCINATION DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/> 3120 ←																			
3111	Cet établissement communique-t-il des données sur la vaccination à un système de notification/information?	OUI 1 NON 2																		
3112	Veuillez sélectionner dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification/information au(x)quel(s) cet établissement communique des données de vaccination:	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>01</td> <td>Système d'information et de gestion sanitaire</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Programme vaccination/PEV</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Organisations non-gouvernementales ou institutions</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>Autre système de notification/information</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PRÉCISEZ</td> </tr> </table>		OUI	NON	01	Système d'information et de gestion sanitaire	1 2	02	Programme vaccination/PEV	1 2	03	Organisations non-gouvernementales ou institutions	1 2	04	Autre système de notification/information	1 2			PRÉCISEZ
	OUI	NON																		
01	Système d'information et de gestion sanitaire	1 2																		
02	Programme vaccination/PEV	1 2																		
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions	1 2																		
04	Autre système de notification/information	1 2																		
		PRÉCISEZ																		

DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS

3113	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre d'enfants vaccinés?	OUI NON
01	Registre santé de l'enfant ou registre des vaccinations	1 2
02	Feuilles de pointage vaccination	1 2
03	Cartes santé de l'enfant/carte vaccination	1 2
04	Autre	1 2
		PRÉCISEZ
3114	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle de la vaccination DTC (Penta)? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total des vaccinations DTC (Penta). Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE SANTE DE L'ENFANT OU REGISTRE DES VACCINATIONS 1 FEUILLES DE POINTAGE 2 CARTES SANTÉ DE L'ENFANT/CARTE VACCINATION 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)

SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION 3114, VEUILLEZ DEMANDER À LA PERSONNE DANS L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉPARE RÉGULIÈREMENT DES RAPPORTS MENSUELS DE VOUS DONNER LE DOCUMENT SOURCE UTILISÉ POUR COMPILER ET RÉSUMER L'INFORMATION SUR LA VACCINATION DTC/PENTA POUR LE RAPPORT MENSUEL (i.e. REGISTRE, FEUILLES DE POINTAGE, ETC.) AINSI QUE LES RAPPORTS MENSUELS POUR MOIS1, MOIS2, et MOIS3.

EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AU DTC3 (PENTA3) ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

3115	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de vaccinations DTC3 (PENTA3) chez les enfants de moins de 1 an compilées dans	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE	(B) RECOMPTEZ LE NOMBRE DE VACCINATIONS
------	---	---------------------------------------	--

		(PENTA3) chez les enfants de moins de 1 an consignées dans le principal document source pour les mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Saisissez le nombre mois par mois.				VACCINATIONS DTC3 (PENTA3) CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 1 AN DANS LE DOCUMENT
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
1	MOIS 1	1 → B	2 → B	3 →	4 →	<input type="text"/>
2	MOIS 2	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV ↓ 3 →	LIGNE SUIV ↓ 4 →	<input type="text"/>
3	MOIS 3	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV ↓ 3 → 3116 ↓	LIGNE SUIV ↓ 4 → 3116 ↓	<input type="text"/>
EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL RELATIF AU DTC3 (PENTA3) ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES						
3116	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour la vaccination DTC3/PENTA3 (MOIS1 à MOIS3). Si disponible recopiez le nombre de vaccinations DTC3 (PENTA3) figurant dans le rapport mensuel PEV de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).		(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE		B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE VACCINATIONS DTC3 (PENTA3) FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL	
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
1	MOIS 1	1 → B	2 → B	3 →	4 →	<input type="text"/>
2	MOIS 2	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV ↓ 3 →	LIGNE SUIV ↓ 4 →	<input type="text"/>
3	MOIS 3	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV ↓ 3 → 3117 ↓	LIGNE SUIV ↓ 4 → 3117 ↓	<input type="text"/>
ÉCARTS OBSERVÉS						
3117	Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?		AUCUN ÉCART 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE 4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S) 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)			
INDICATEURS RELATIFS AU VIH/SIDA: PATIENTS SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV)						
3120	VERIFIEZ Q 102 (12) SERVICE DE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/>		PAS DE SERVICE TARV DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/>		3130 ←	
3121	Cet établissement communique-t-il des données sur le nombre de patients sous TARV à un système de notification/information?			OUI 1	NON 2	→ 3130
3122	Veuillez sélectionner dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification/information au(x)quels cet établissement communique des données sur le TARV:			OUI	NON	
01	Système d'information et de gestion sanitaire			1	2	
02	Programme national VIH/SIDA			1	2	
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions			1	2	
04	Autre système de notification/information			1	2	
PRÉCISEZ _____						
DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS						
3123	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre de patients sous TARV:			OUI	NON	
01	Registre pre-TARV			1	2	
02	Feuilles de pointage TARV			1	2	

03	Fiches de suivi des patients (soins VIH/fiches de suivi du TARV)	1	2
04	AUTRE	1	2
		PRÉCISEZ	
3124	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle du nombre de patients sous TARV? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total de patients sous TARV dans cet établissement. Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE PRE-TARV	1
		FEUILLES DE POINTAGE TARV	2
		FICHES DE SUIVI DES PATIENTS	3
		REGISTRE TARV	4
		AUTRE	6
		(PRÉCISER)	

<p>SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION DV_304, VEUILLEZ DEMANDER À LA PERSONNE DANS L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉPARE RÉGULIÈREMENT DES RAPPORTS MENSUELS DE VOUS DONNER LE DOCUMENT SOURCE UTILISÉ POUR COMPILER ET RÉSUMER L'INFORMATION SUR LE NOMBRE DE PATIENTS SOUS TARV POUR LE RAPPORT MENSUEL (i.e. REGISTRE, FEUILLES DE POINTAGE, ETC.) AINSI QUE LES RAPPORTS MENSUELS POUR MOIS1, MOIS2, et MOIS3.</p>						
<p>EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE POUR LE TARV ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES</p>						
3125	<p>Veillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de patients sous TARV consignés dans ce principal document source pour les mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Saisissez le nombre mois par mois.</p>	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) RECOMPTEZ LE NOMBRE DE PATIENTS SOUS TARV DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
1	MOIS 1	1 → B	2 → B	3 →	4 →	<input type="text"/>
2	MOIS 2	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV ↓ 3 →	LIGNE SUIV ↓ 4 →	<input type="text"/>
3	MOIS 3	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV ↓ 3 →	LIGNE SUIV ↓ 4 →	<input type="text"/>
				3126 ←	3126 ←	
<p>EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL POUR LE TARV ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES</p>						
3126	<p>Veillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour le nombre de patients sous TARV (MOIS1 à MOIS3). Si disponible recopiez le nombre de patients sous TARV figurant dans le rapport mensuel de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).</p>	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE PATIENTS SOUS TARV FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
1	MOIS 1	1 → B	2 → B	3 →	4 →	<input type="text"/>
2	MOIS 2	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV ↓ 3 →	LIGNE SUIV ↓ 4 →	<input type="text"/>
3	MOIS 3	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV ↓ 3 →	LIGNE SUIV ↓ 4 →	<input type="text"/>
				3127 ←	3127 ←	
<p>ÉCARTS OBSERVÉS</p>						
3127	<p>Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?</p>	<p>AUCUN ÉCART 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE 4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S) 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)</p>				
<p>TUBERCULOSE: TAUX DE NOTIFICATION DE LA TUBERCULOSE</p>						
3130	<p>VERIFIEZ Q 102.10 SERVICE DE DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION</p>	<p>PAS DE SERVICE TUBERCULOSE DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/></p> <p>3140 ←</p>				
3131	<p>Cet établissement communique-t-il des données sur le nombre total de cas de tuberculose (tous types) à un système de notification/information?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>		<p>→ 3140</p>		
3132	<p>Veillez sélectionner dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification/information au(x)quel(s) cet établissement communique des données sur le nombre total de cas de tuberculose (tous types):</p>	OUI	NON			
01	Système d'information et de gestion sanitaire	1	2			
02	Programme national tuberculose	1	2			
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions	1	2			
04	Autre système de notification/information	1	2			
<p>PRÉCISEZ</p>						
<p>DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS (CAS DÉCLARÉS DE TUBERCULOSE)</p>						

3133	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre total de cas de tuberculose (tous types):		OUI	NON
01	Registre tuberculose		1	2
02	Registre cas présumés de TB (cas suspects)		1	2
03	Fiches de suivi des patients (cartes suivi de traitement TB)		1	2
04	Registre diagnostic tuberculose		1	2
05	Registre consultations externes/ambulatoires		1	2
06	Système électronique de dossier patient		1	2
07	AUTRE		1	2
			PRÉCISEZ	
3134	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration trimestrielle (Mois 1 à Mois 3) des cas déclarés de tuberculose? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total trimestriel des cas de tuberculose (tous types). Veuillez signaler si des documents «improvisés» sont utilisés. SI PLUSIEURS DOCUMENTS SONT UTILISÉS, VEUILLEZ INDIQUER QUEL EST LE DOCUMENT DE SYNTHÈSE (RASSEMBLANT TOUTES LES INFORMATIONS) QUI EST UTILISÉ COMME DOCUMENT SOURCE.	REGISTRE TUBERCULOSE 01 REGISTRE CAS PRESUMES DE TB 02 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS 03 REGISTRE DIAGNOSTIC TUBERCULOSE 04 REGISTRE AMBULATOIRE 05 SYSTEME ELECTRONIQUE DOSSIER PATIENT 06 AUTRE 96 (PRÉCISER)		
3135	DONNÉES MANQUANTES: Comptez le nombre de cas dans le trimestre (MOIS 1 à MOIS 3) qui ont des informations manquantes pour chacune des colonnes suivantes du registre de la tuberculose.	NOMBRE DE CAS (LIGNES) AYANT DES INFORMATIONS MANQUANTES SI S/O(N/A) VEUILLEZ UTILISER LE CODE 9999		
01	Année d'inscription	<input type="text"/>		
02	Sexe	<input type="text"/>		
03	Âge	<input type="text"/>		
04	Classification de la maladie/site anatomique de la maladie	<input type="text"/>		
05	Type de patient /Antécédents des traitements TB/Groupe d'inscription du patient	<input type="text"/>		
06	Résultats bactériologiques	<input type="text"/>		
07	Nombre de cas ayant des informations manquantes dans au moins une des 6 colonnes listées ci-dessus.	<input type="text"/>		
SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION DV_404, VEUILLEZ DEMANDER À LA PERSONNE DANS L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉPARE RÉGULIÈREMENT DES RAPPORTS MENSUELS DE VOUS DONNER LE DOCUMENT SOURCE UTILISÉ POUR COMPILER ET RÉSUMER L'INFORMATION POUR LA NOTIFICATION MENSUELLE/TRIMESTRIELLE (i.e. REGISTRE, FEUILLES DE POINTAGE, ETC.) AINSI QUE LES RAPPORTS MENSUELS OU TRIMESTRIELS POUR LE NOMBRE TOTAL DE CAS DE TUBERCULOSE (TOUS TYPES)				
EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AU CAS DE TUBERCULOSE ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES				
3136	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez et recopiez le nombre de cas déclarés de tuberculose consignés dans ce principal document source pour le trimestre de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Saisissez le nombre pour le trimestre.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE		(B) RECOMPTEZ LE NOMBRE DE CAS DECLARES DE TUBERCULOSE DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS
			NON	
01	TRIMESTRE	1 → B	2 → B	3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 3139 ← 3139 ←
3137	A partir du registre de la tuberculose, comptez le nombre total de cas de tuberculose qui ont été transférés pour la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Veuillez noter le nombre total pour le trimestre. SI LE REGISTRE DE LA TUBERCULOSE N'EST PAS DISPONIBLE, NOTEZ "N/A".	B= <input type="text"/>		
3138	CALCULEZ C: NOMBRE TOTAL DE CAS DE TB CONSIGNÉS DANS LE REGISTRE DE LA TUBERCULOSE MOINS LES CAS TRANSFÉRÉS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT (LES CAS TRANSFÉRÉS NE SONT PAS INCLUS DANS LES CAS DES REGISTRES D'ADMISSION DU SERVICE).	CAS DE TB QUI DEVRAIENT ÊTRE DÉCLARÉS C = A - B = <input type="text"/>		

EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL RELATIF AUX CAS DE TUBERCULOSE ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES						
3139	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport trimestriel pour le nombre de cas déclarés de tuberculose (MOIS1 à MOIS3). Si disponible, recopiez le nombre de cas déclarés de tuberculose figurant dans le rapport trimestriel de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).		(A) RAPPORT TRIMESTRIEL DISPONIBLE			(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS DE TUBERCULOSE DANS LE RAPPORT TRIMESTRIEL
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
01	REIMESTRE	1 → B	2 → B	3 → 3140	4 → 3140	D= <input type="text"/>
ÉCARTS OBSERVÉS						
3140	Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre C et D?		AUCUN ÉCART 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE 4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S) 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)			
PALUDISME: CAS DE PALUDISME						
3150	VERIFIEZ Q 102.08 SERVICE DE DIAGNOSTIC DU PALUDISME DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/>		PAS DE SERVICE DE PALUDISME DISPONIBLE DANS L'INSTITUTION <input type="checkbox"/>			3160 ←
3151	Cet établissement communique-t-il des données sur les cas de paludisme à un système de notification/information?		OUI 1	NON 2	→ 3160	
3152	Quelle définition d'indicateur est utilisée pour la notification des cas de paludisme?		NOMBRE TOTAL DES CAS DE PALUDISME TRAITÉS (PRÉSUMÉS ET CONFIRMÉS) 1 CAS CONFIRMÉS DE PALUDISME (PAR MICROSCOPIE OU TDR) 2 CAS SUSPECTÉS DE PALU. TESTÉS 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)			
3153	Veuillez sélectionner dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification/information au(x)quels cet établissement communique des données sur les cas de paludisme:		OUI	NON		
01	Système d'information et de gestion sanitaire		1	2		
02	Programme national paludisme		1	2		
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions		1	2		
04	Autre système de notification/information		1	2	PRÉCISEZ	
DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS						
3154	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre de cas de paludisme:		OUI	NON		
01	Registre des consultations externes/ambulatoires		1	2		
02	Feuilles de pointage		1	2		
03	Fiches de suivi des patients		1	2		
04	Registre laboratoire		1	2		
05	AUTRE		1	2	PRÉCISEZ	
3155	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle des cas de paludisme? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler les cas de paludisme. Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.		REGISTRE CONSULTATIONS EXTERNES/ AMBULATOIRES 1 FEUILLES DE POINTAGE 2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) 			
SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION 3155, VEUILLEZ DEMANDER À LA PERSONNE DANS L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉPARE RÉGULIÈREMENT DES RAPPORTS MENSUELS DE VOUS DONNER LE DOCUMENT SOURCE UTILISÉ POUR COMPILER ET RÉSUMER L'INFORMATION SUR LES CAS DE PALUDISME POUR LE RAPPORTS MENSUEL (i.e. REGISTRE, FEUILLES DE POINTAGE, ETC.) AINSI QUE LES RAPPORTS MENSUELS POUR MOIS1, MOIS2, et MOIS3.						

EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AUX CAS DE PALUDISME ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES						
3156	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de cas de paludisme consignés dans ce principal document source pour les mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Saisissez le nombre mois par mois.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) RECOMPTEZ LE NOMBRE DE CAS DE PALUDISME DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
1	MOIS 1	1 → B	2 → B	3 →	4 →	<input type="text"/>
2	MOIS 2	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV 3 →	LIGNE SUIV 4 →	<input type="text"/>
3	MOIS 3	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV 3 →	LIGNE SUIV 4 →	<input type="text"/>
				3157	3157	<input type="text"/>
EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL RELATIF AUX CAS DE PALUDISME ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES						
3157	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour les cas de paludisme (MOIS 1 à MOIS 3). Si disponible recopiez le nombre de cas de paludisme figurant dans le rapport mensuel pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE CAS DE PALUDISME FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
1	MOIS 1	1 → B	2 → B	3 →	4 →	<input type="text"/>
2	MOIS 2	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV 3 →	LIGNE SUIV 4 →	<input type="text"/>
3	MOIS 3	1 → B	2 → B	LIGNE SUIV 3 →	LIGNE SUIV 4 →	<input type="text"/>
				3158	3158	<input type="text"/>
ÉCARTS OBSERVÉS						
3158	Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?	AUCUN ÉCART 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE 4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S) 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)				
OUTIL D'ÉVALUATION DU SYSTÈME D'INFORMATION DANS L'ÉTABLISSEMENT						
STRUCTURE ET FONCTION DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION						
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LE SYSTÈME DE ROUTINE POUR LE RAPPORTAGE DES DONNÉES. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.						
3160	La responsabilité de l'enregistrement de la prestation des services dans les documents sources est-elle clairement attribuée au personnel concerné ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (LE PERSONNEL DÉSIGNÉ N'EST PAS ADAPTÉ) 2 PAS ATTRIBUÉE 3				
3161	Le personnel responsable du recueil des données et de la compilation des rapports a-t-il reçu la formation adaptée ?	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (TOUT LE PERSONNEL A ÉTÉ FORMÉ, MAIS PAS CES CINQ DERNIÈRES ANNÉES) 2 PARTIELLEMENT (CERTAINS COLLABORATEURS ONT ÉTÉ FORMÉS) 3 PAS DU TOUT 4				
3162	Des collaborateurs ont-ils été chargés de revoir chiffres agrégés avant la transmission au niveau supérieur (par exemple au district, au bureau régional, au système national d'information sanitaire (SNIS), etc.) ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (LES DONNÉES SONT REVUES, MAIS PERSONNE N'EST CHARGÉ DE CETTE RESPONSABILITÉ) 2 PAS ATTRIBUÉE 3				
DEFINITIONS DES INDICATEURS ET LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS						
3163	L'établissement a-t-il des définitions écrites standard des indicateurs suivants : (INDICATEURS RECOMMANDÉS - A ADAPTER SELON LES BESOINS DANS LE PAYS)	OUI	NON	SANS OBJET		

1	Nombre de visites CPN1	1	2	3						
2	Nombre de vaccinations DTC3 (penta3)	1	2	3						
3	Patients actuellement sous TARV	1	2	3						
4	Cas de tuberculose notifiés	1	2	3						
5	Cas confirmés de paludisme traités	1	2	3						
6	Autre (préciser _____)	1	2	3						
3164	Des lignes directrices écrites sont-elles disponibles dans l'établissement sur les protocoles de transmission d'informations pour le programme/SNIS, notamment sur:									
1	Les informations qu'ils sont supposés transmettre	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (DES LIGNES DIRECTRICES EXISTENT, MAIS ELLES NE SONT PAS IMPRIMÉES, OU DISPONIBLES DANS L'ÉTABLISSEMENT) 2 PARTIELLEMENT (DES LIGNES DIRECTRICES EXISTENT, MAIS ELLES SONT INFORMELLES – C'EST-À-DIRE NON ÉCRITES OU NON STANDARD) 3 PAS DU TOUT 4								
2	La manière dont les rapports doivent être soumis (par exemple sous quelle forme précise)	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (DES LIGNES DIRECTRICES EXISTENT, MAIS ELLES NE SONT PAS IMPRIMÉES, OU DISPONIBLES DANS L'ÉTABLISSEMENT) 2 PARTIELLEMENT (DES LIGNES DIRECTRICES EXISTENT, MAIS ELLES SONT INFORMELLES – C'EST-À-DIRE NON ÉCRITES OU NON STANDARD) 3 PAS DU TOUT 4								
3	À qui les rapports doivent être présentés	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (DES LIGNES DIRECTRICES EXISTENT, MAIS ELLES NE SONT PAS IMPRIMÉES, OU DISPONIBLES DANS L'ÉTABLISSEMENT) 2 PARTIELLEMENT (DES LIGNES DIRECTRICES EXISTENT, MAIS ELLES SONT INFORMELLES – C'EST-À-DIRE NON ÉCRITES OU NON STANDARD) 3 PAS DU TOUT 4								
4	La date prévue à laquelle les rapports sont dus	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (DES LIGNES DIRECTRICES EXISTENT, MAIS ELLES NE SONT PAS IMPRIMÉES, OU DISPONIBLES DANS L'ÉTABLISSEMENT) 2 PARTIELLEMENT (DES LIGNES DIRECTRICES EXISTENT, MAIS ELLES SONT INFORMELLES – C'EST-À-DIRE NON ÉCRITES OU NON STANDARD) 3 PAS DU TOUT 4								
OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES ET FORMULAIRES DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS										
3165	Des instructions claires ont-elles été fournies sur la manière de compléter les formulaires/outils de recueil et de transmission de données ?	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (DES INSTRUCTIONS ONT ÉTÉ FOURNIES, MAIS ELLES MANQUENT DE PRÉCISION) 2 PARTIELLEMENT (DES INSTRUCTIONS ONT ÉTÉ FOURNIES, MAIS ELLES SONT INCOMPLÈTES) 3 PAS DU TOUT 4								
Veillez sélectionner dans la liste ci-dessous les documents sources standard qui sont supposés être utilisés et disponibles dans cet établissement. Si un document ci-dessous n'est pas disponible dans l'établissement parce que le service n'est pas assuré, prière de marquer « sans objet ». VEUILLEZ OBSERVER CES FORMULAIRES POUR A ET B ET POSER LA QUESTION AU RÉPONDANT POUR C ET D.										
3166	Document source ADAPTÉ SELON LES BESOIN DANS LE PAYS	[A] Disponible			[B] Standard (S) ou Improvisé (I) ?		[C] Les entrées dans le document source sont-elles à jour jusqu'à la date de l'enquête ?		[D] Y a-t-il eu rupture de stock du document source au cours des 12 derniers mois ?	
		OUI	NON	S/O	S	I	OUI	NON	OUI	NON
1	Registre CPN	1 <input type="checkbox"/> B ←	2 <input type="checkbox"/> LIGNE SUIV ↓	3 <input type="checkbox"/> LIGNE SUIV ↓	1 <input type="checkbox"/> C ←	2 <input type="checkbox"/> C ←	1 <input type="checkbox"/> D ←	2 <input type="checkbox"/> D ←	1	2
2	Feuilles de pointage des vaccinations	1 <input type="checkbox"/> B ←	2 <input type="checkbox"/> LIGNE SUIV ↓	3 <input type="checkbox"/> LIGNE SUIV ↓	1 <input type="checkbox"/> C ←	2 <input type="checkbox"/> C ←	1 <input type="checkbox"/> D ←	2 <input type="checkbox"/> D ←	1	2
3	Registre TARV	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1	2

		B ←	LIGNE SUIV ↓	LIGNE SUIV ↓	C ←	C ←	D ←	D ←		
4	Registre tuberculose	1 B ←	2 LIGNE SUIV ↓	3 LIGNE SUIV ↓	1 C ←	2 C ←	1 D ←	2 D ←	1	2
5	Fichier de vérification de diagnostic du paludisme	1 B ←	2 LIGNE SUIV ↓	3 LIGNE SUIV ↓	1 C ←	2 C ←	1 D ←	2 D ←	1	2
6	Autre (préciser) : _____	1 B ←	2 3167 ↓	3 3167 ↓	1 C ←	2 C ←	1 D ←	2 D ←	1	2
3167	Existe-t-il un formulaire standard en usage dans l'établissement pour transmettre les résultats mensuels ou trimestriels de tous les programmes de santé au SNIS ?	OUI 1 NON 2								
3168	suivantes lorsqu'il existe des rapports mensuels séparés pour chaque programme. SI DEUX DES PROGRAMMES MENTIONNÉS SONT COMBINÉS AU SEIN D'UN SEUL FORMULAIRE, PAR EX. SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE, VEUILLEZ ALLER LIGNE "6" ET Y SAISIR L'INFORMATION (ADAPTATION PAYS – AJOUTER D'AUTRES DOMAINES DE PROGRAMME SI NÉCESSAIRE)	[A] Le formulaire est-il disponible ?			[B] S'agit-il d'un formulaire du SNIS ou de Programme ? 1= formulaire SNIS 2= formulaire de programme		[C] S'agit-il d'un formulaire standard ou « improvisé » ?		[D] Y a-t-il eu rupture de stock du document source au cours des 12 derniers mois ?	
		OUI	NON	S/O	S	I	OUI	NON	OUI	NON
1	Santé maternelle	1 B ←	2 LIGNE SUIV ↓	3 LIGNE SUIV ↓	1 C ←	2 C ←	1 D ←	2 D ←	1	2
2	Santé/vaccination de l'enfant	1 B ←	2 LIGNE SUIV ↓	3 LIGNE SUIV ↓	1 C ←	2 C ←	1 D ←	2 D ←	1	2
3	VIH/sida	1 B ←	2 LIGNE SUIV ↓	3 LIGNE SUIV ↓	1 C ←	2 C ←	1 D ←	2 D ←	1	2
4	Tuberculose	1 B ←	2 LIGNE SUIV ↓	3 LIGNE SUIV ↓	1 C ←	2 C ←	1 D ←	2 D ←	1	2
5	Paludisme	1 B ←	2 LIGNE SUIV ↓	3 LIGNE SUIV ↓	1 C ←	2 C ←	1 D ←	2 D ←	1	2
6	Autre domaine de programme (préciser) _____	1 B ←	2 3169 ↓	3 3169 ↓	1 C ←	2 C ←	1 D ←	2 D ←	1	2
QUALITE DES DONNEES ET SUPERVISION										
3169	L'établissement dispose-t-il d'un processus systématique et régulier de vérification de la qualité des rapports compilés ?	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (UN SYSTÈME EXISTE, MAIS IL N'EST PAS APPLIQUÉ DE FAÇON SYSTÉMATIQUE DANS L'ÉTABLISSEMENT) 2 PARTIELLEMENT (LA QUALITÉ DES DONNÉES EST VÉRIFIÉE OCCASIONNELLEMENT, MAIS PAS SYSTÉMATIQUEMENT) 3 PAS DU TOUT 4								
3170	Des vérifications de l'exactitude des données (c'est-à-dire une nouvelle compilation des indicateurs prioritaires par un superviseur pour une période donnée et la comparaison avec les valeurs notifiées pour la même période) sont-elles réalisées régulièrement ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (DES VÉRIFICATIONS DE L'EXACTITUDE SONT RÉALISÉES, MAIS PAS DE FAÇON SYSTÉMATIQUE) 2 PAS DU TOUT 3								
3171	Des vérifications de la cohérence des synthèses de données (par exemple l'évaluation des tendances) sont-elles menées régulièrement ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (DES VÉRIFICATIONS DE L'EXACTITUDE SONT RÉALISÉES, MAIS PAS DE FAÇON SYSTÉMATIQUE) 2 PAS DU TOUT 3								
3172	Des vérifications de la ponctualité des entrées et de la complétude des documents sources (par exemple les registres) sont-elles réalisées régulièrement par les superviseurs ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (DES VÉRIFICATIONS DE L'EXACTITUDE SONT RÉALISÉES, MAIS PAS DE FAÇON SYSTÉMATIQUE) 2 PAS DU TOUT 3								
3173	L'établissement dispose-t-il d'une documentation écrite sur les résultats des contrôles de la qualité des données ?	OUI 1 NON 2								
3174	L'établissement dispose-t-il d'une politique écrite ou d'un guide (par exemple une procédure opératoire normalisée) indiquant quand et comment réaliser des vérifications de la qualité des données ?	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (IL Y A UN GUIDE, MAIS IL N'EST PAS DISPONIBLE) 2 PARTIELLEMENT (IL Y A DES CONSEILS, MAIS INFORMELS) 3 PAS DU TOUT 4								
3175	L'établissement reçoit-il régulièrement des visites de supervision du niveau du district (ou supérieur) ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (IL Y A DES VISITES DE SUPERVISION, MAIS ELLES NE SONT								

		PAS RÉGULIÈRES) 2 PAS DU TOUT 3					
3176	Une visite de supervision documentée a-t-elle été réalisée dans l'établissement ces six derniers mois ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (IL Y A DES VISITES MAIS MAIS IL N'Y A PAS DE DOCUMENTS D'APPUJ) 2 PAS DU TOUT 3					
GESTION DES DONNEES ET CONFIDENTIALITE							
3177	Des copies des rapports envoyés sont-ils disponibles dans l'établissement pour les 12 derniers mois ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (SEULS QUELQUES-UNS DES RAPPORTS SONT DISPONIBLES) 2 PAS DU TOUT 3					
3178	Des formulaires remplis pour le recueil des données sont-ils disponibles pour les 12 derniers mois ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (SEULS QUELQUES-UNS DES FORMULAIRES SONT DISPONIBLES) 2 PAS DU TOUT 3					
3179	Les données archivées sont-elles organisées de façon à ce que les fichiers soient faciles à consulter (par exemple par service et date) ?	OUI 1 NON 2					
3180	Un espace approprié (par exemple propre et sec) et adéquat (d'une taille suffisante) est-il disponible pour l'organisation et le stockage en toute sécurité des documents sources et rapports ?	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (L'ESPACE EST PROPRE, MAIS INSUFFISANT) 2 PARTIELLEMENT (L'ESPACE EST ASSEZ GRAND, MAIS PAS PROPRE) 3 PAS DU TOUT 4					
3181	L'accès aux données archivées est-il limité au personnel concerné (par exemple la zone de stockage peut être fermée à clé) ?	OUI 1 PARTIELLEMENT (L'ACCÈS EST LIMITÉ, MAIS PAS TOUT LE TEMP) 2 PAS DU TOUT 3					
3182	Les systèmes informatiques disposent-ils d'une procédure d'administration de la base de données clairement documentée et activement appliquée ? Cela comprend-il un contrôle de l'accès et des procédures de sauvegarde/récupération ?	OUI 1 DANS UNE LARGE MESURE (IL Y A UNE PROCÉDURE, MAIS ELLE N'EST PAS DOCUMENTÉE) 2 PARTIELLEMENT (IL Y A UNE PROCÉDURE, MAIS ELLE N'EST PAS SUIVIE DE FAÇON SYSTÉMATIQUE) 3 PAS DU TOUT 4					
3183	Dans l'affirmative, la plus récente date de la sauvegarde est-elle appropriée, compte tenu de la fréquence de la mise à jour du système informatique (par exemple, les sauvegardes sont hebdomadaires ou mensuelles) ?	OUI 1 NON 2					
3184	Le système informatique est-il protégé par un mot de passe ?	OUI 1 NON 2					
3185	Les données personnelles pertinentes sont-elles stockées conformément aux lignes directrices nationales ou internationales sur la confidentialité ?	OUI 1 NON 2					
	HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.							

LISTE DU AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE POLYVALENTS (ASCP)

NUMERO DE L'INSTITUTION				<input type="text"/>					
3200	Cette institution dispose-t-elle d'agents de santé communautaires qui lui sont rattachés ?	OUI	1	NON	2	→ FIN. INVENT			
3201	Au cours de la semaine dernière, avez-vous observé des cas où les ACS ne pouvaient pas assurer leur travail du fait de rupture de stocks de fournitures ?	OUI	1	NON	2	NSP	8		

LISTEZ TOUS LES AGENT DE SANTÉ COMMUNITAIRE (ASC) FOURNIT PAR LE SUPERVISEUR QUI STATIONER DANS L'INSTITUTION SANITAIRE. INSCRIRE LE CODE DE QUALIFICATION (TYPE) DU ASC DANS LA COLONNE APPROPRIEE: SOIT ASC SIMPLE (ASC) SOIT ASC POLYVALENT (ASCP) ET SECTION COMMUNAL OU IL/ELLE TRAVAILLE. AUSSI REGISTER LE NUMÉRO TÉLÉPHONE PORTABLE DE CHAQUE ASC. ENFIN, DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDIQUER L'ANNÉE QUAND ASC OU ASCP À COMMENCÉ DE TRAVAILLER COMME ASC.

	3202	3203	3204	3205	3206	3207	3208
	NOM	SEXE	NIVEAU EDUCATION	TYPE AGENT	SECTION COMMUNAL	NUMERO PORTABLE	ANNÉE A COMMENCÉ DE TRAVAILLER
		1= MALE 2= FEMALE	1= PRIMAIRE 2= SECONDAIRE 3= SUPÉRIEUSE	1= ASC 2= ASCP 3=SUPE RVISIUR			TRAVELLER COMME ASC OU ASCP
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
21		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
22		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
23		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
24		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

	1	2	3	4	5	6	7
	NOM	SEXE	NIVEAU EDUCATION	TYPE AGENT	SECTION COMMUNAL	NUMERO PORTABLE	ANNÉE A COMMENCÉ DE TRAVAILLER
		1= MALE 2= FEMALE	1= PRIMAIRE 2= SECONDAIRE 3= SUPÉRIEUSE	1= ASC 2= ASCP 3=SUPE R/ISEUR			TRAVELLER COMME ASC OU ASCP
25		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
48		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR(TRICE)

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REpondANT:

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

AUTRES COMMENTAIRES:

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR: _____ DATE: _____

SECTION 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

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

600	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des matériels tranchants, tels que les aiguilles ou les lames.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette institution pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies de déchets d'objets tranchants) ?</p> <p style="text-align: center;">SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 10, SE PASSE EN DEHORS DE L'INSTITUTION, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE L'INSTITUTION"</p>	<p>COMBUSTION DANS INCINERATEUR : FOUR ELECTRIQUE EN 2 COMPARTIMENT(800-1000+°C) . . . 02 UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05 DANS CONTENANT MÉTALLIQUE (DROUM) 06</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 07 DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 08 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. 09 SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE 10</p> <p>ENLEVEMENT HORS DE L'INSTITUTION STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 11 STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE. 12 STOCKAGE NON PROTEGE 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS 95</p>	
601	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets pour les déchets autres que les déchets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette institution pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants?</p> <p style="text-align: center;">SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 10, SE PASSE EN DEHORS DE L'INSTITUTION, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE L'INSTITUTION"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS. . . . 01</p> <p>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR: FOUR ELECTRIQUE EN 2 COMPARTIMENT(800-1000+°C) . . . 02 UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION.. . . . 04 DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05 DANS CONTENANT MÉTALLIQUE (DROUM) 06</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 07 DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 08 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. 09 SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE 10</p> <p>ENLEVEMENT HORS DE L'INSTITUTION STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 11 STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE. 12 STOCKAGE NON PROTEGE 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. 95</p>	
602	<p>VERIFIEZ Q600</p> <p style="text-align: center;">ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> OU DECHETS ENLEVES HORS DE L'INSTITUTION (TOUT CODE AUTRE QUE "95"ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE L'INSTITUTION (CODE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	604
603	<p>DEMANDER A VOIR 'ENDROIT UTILISE PAR LA L'INSTITUTION POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETSTRANCHANTS SONT ELIMINES EN DEHORS DE L'INSTITUTION, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE L'INSTITUTION. SI L.ENDROIT N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. 1 DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p>	

604	VERIFIEZ Q601. ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE OU DECHETS ENLEVES HORS DE L'INSTITUTION (TOUT CODE AUTRE QUE "95"ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE L'INSTITUTION (CODE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	606
605	DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA L'INSTITUTION POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS MEDICAUX SONT ELIMINES EN DEHORS DE L'INSTITUTION, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE L'INSTITUTION. SI L'ENDROIT N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.	PAS DE DECHETS VISIBLES. 1 DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8	
606	VERIFIEZ Q600 ET Q601 UTILISATION D' INCINERATEUR (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	INCINERATEUR NON UTILISE <input type="checkbox"/> (NI "2" NI "3"ENCERCLE)	610
607	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L' INCINERATEUR	INCINERATEUR OBSERVE. 1 INCINERATEUR RAPPORTE, PAS VU. 2	
608	Est-ce que l'incinérateur est fonctionnel aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REPODANT INFORME	OUI 1 NON 2 NSP 8	610
609	Est-ce que la source d'énergie (carburant/électricité) est disponible aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REPODANT INFORME	OUI 1 NON 2 NSP 8	
610	Est-ce que les directives de gestion des déchets médicaux sont disponibles dans ce service ?	OUI. 1 NON 2	620
611	Puis-je les voir?	OBSERVEES. 1 RAPPORTEES , PAS VUES 2	

TOILETTE DES PATIENTS

620	Est-ce qu'il y a une toilette (latrine) dans des conditions fonctionnelles qui est disponible pour l'utilisation des patients en consultation externe ? SI OUI DEMANDEZ DE VOIR LA TOILETTE DES PATIENTS INDIQUEZ LE TYPE. CELA DOIT ETRE LA TOILETTE DE L'INSTITUTION POUR LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE.	CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE 12 À DES LATRINES 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE 14 À NE SAIT PAS OÙ 15 FOSSE/LATRINES LATRINES AMÉLIORÉES AUTO-AÉRÉES 21 LATRINES AVEC DALLE 22 LATRINES SANS DALLE/TROU OUVERT 23 TOILETTES À COMPOSTAGE 31 SEAU/TINETTE 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES 51 PAS DE TOILETTES/NATURE 61	
620A	Est-ce qu'il y a un endroit attenante à la toilette pour se laver les mains?	OUI. 1 NON 2	

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

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

MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

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

SALLE DE CONSULTATION

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

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

LIEU D'ATTENTE

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

1. EDUCATION ET EXPERIENCE

102	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre formation.</p> <p>Au total, combien d'années d'études primaires, secondaires, et supérieures avez-vous complétées?</p>	ANNÉES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
103	<p>Quelle est votre profession actuelle? Par exemple, êtes-vous un(e) infirmier/infirmière, médecin généraliste ou médecin spécialiste?</p> <p>[la liste sera spécifique au pays - elle doit être suffisamment étendue, éviter le besoin d'inclure « autre»]</p>	MEDECIN GENERALISTE 01 MEDECIN SPECIALISTE (Y COMPRIS LES CHIRUGIENS GENERALISTS, LES ANESTHESISTES, SPECIALISTES MEDICALES ET CHURURGICALES, LES PATHOLOGISTES, CHIRURGIENS DENTISTES, ETC) 02 TECHNICIEN DE LABORATOIRE (Y COMPRIS BIOLOGISTE, TECHNICIEN BIO-MEDICAL ET TECHNOLOGIST MEDICAL) 03 TECHNICIEN DE RADIOLOGIE 04 TECHNICIEN EN IMAGERIE MEDICALE 05 INFIRMIER (E) 06 INFIRMIER (E) SPÉCIALIST (E) (Y COMPRIS INFIRMIER EN SANTE COMMUNAUTAIRE, ANESTHESISTE, INFIRMIER SAGEFEMME) 07 AUXILIAIRE INFIRMIER (E) 08 SAGE FEMME 09 PHARMACIEN 10 AUXILIAIRE EN PHARMACIE [Y COMPRIS RÉGISTEUR, PRÉPOSÉ EN PHARMACIE] .. 11 AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE [Y COMPRIS COLLABORATRICE VOLONTAIRE, AGENT COMMUNAUTAIRE POLYVALENT] 12 QUALIFICATION NON TECHNIQUE 95 AUTRE 96 <p style="text-align: center;">SPECIFIER</p>	
104	<p>En quelle année avez-vous terminé cette formation?</p> <p>SI QUALIFICATION NON-TECHNIQUE (103=95), DEMANDEZ: En quelle année avez-vous terminé votre formation de base en vue de l'obtention de votre qualification actuelle?</p>	ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
105	<p>En quelle année avez-vous commencé à travailler dans cette institution?</p>	ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
106	<p>Avez-vous reçu le vaccin contre l'hépatite B?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Combien de doses avez-vous reçues jusqu'a présent?</p>	OUI, UNE DOSE 1 OUI, 2 DOSES. 2 OUI, 3 DOSES OU PLUS. 3 NON. 4	→ 108
107	<p>Avez-vous été vacciné dans le cadre de votre travail dans cette institution?</p>	OUI. 1 NON. 2	
108	<p>Etes-vous un directeur ou responsable de l'un ou l'autre service clinique?</p>	OUI. 1 NON. 2	

2. FORMATION GÉNÉRALE / MALARIA /MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

200	<p>Je voudrais vous poser quelques questions sur la formation continue que vous avez reçue concernant votre travail. La formation continue se réfère à la formation que vous avez reçue liée à votre travail depuis que vous avez commencé à travailler. Je vais commencer par quelques thèmes généraux. Notez que les thèmes de formation que je mentionnerai peuvent avoir été des formations isolées, ou ils peuvent avoir été regroupés avec un autre thème de formation.</p> <p>Avez-vous reçu une formation continue, formation de mise à jour, ou formation recyclage sur l'un ou l'autre thème suivant? [LIRE LE THEME]</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour, ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?</p>	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	<p>Les mesures de précaution universelles, telles que l'hygiène des mains, nettoyage et désinfection, gestion de déchets, prévention de piqûres accidentelles dues aux aiguilles de seringue ou de blessures par d'autres objets tranchants, ou bonnes pratiques d'injection?</p>	1	2	3
02	<p>Toute formation spécifique à la sécurité ou sûreté des injections?</p>	1	2	3
03	<p>Systèmes de Gestion de l'Information Sanitaire ou remplissage des rapports pour n'importe quel service ?</p>	1	2	3

04	La confidentialité et le droit aux pratiques non-discriminatoires pour des personnes vivant avec le VIH/SIDA?	1	2	3
05	Lutte contre la tuberculose	1	2	3
02	Gestion intégrée des soins chirurgicaux essentiels et d'urgence	1	2	3
201	VÉRIFIEZ A LA Q103 LA PROFESSION/LA QUALIFICATION DU PRESTATAIRE			
	CODE 06, 07 OU 08 (CAD., EN RAPPORT AVEC LABO) ENCERCLE <input type="checkbox"/>			700
	CODE 06, 07 OU 08 N'EST PAS ENCERCLE <input type="checkbox"/>			
<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet des prestations que vous fournissez personnellement comme partie de votre fonction actuelle au sein de cette institution et de toute formation continue, formation de mise à jour, ou formation recyclage liée à ce sujet que vous avez reçue. Rappelez-vous que nous parlons de services que vous fournissez dans le cadre de votre fonction actuelle au sein de cette institution. Les thèmes de formation que je mentionnerai peuvent avoir été des formations isolées, ou ils peuvent avoir été regroupés avec un autre thème de formation.</p>				
202	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, fournissez-vous personnellement des services connus sous le nom de « amis des jeunes » conçus pour être adressés aux jeunes ou adolescents ? c.-à-d. ayant pour objectif d'encourager l'utilisation des services chez les jeunes ou adolescents ?	OUI..... 1 NON..... 2		
203	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour, ou une formation recyclage sur des sujets s'adressant spécifiquement aux services réservés aux jeunes ou adolescents, services comme "amis des jeunes" ? SI OUI: Est-ce que cette formation continue, une formation de mise à jour, ou une formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS..... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS..... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE.. 3		

MALARIA

204	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous diagnostiquez et / ou traitez personnellement la malaria?	OUI..... 1 NON..... 2		
205	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec le diagnostic et/ traitement de la malaria?	OUI..... 1 NON..... 2	→207	
206	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour, ou une formation recyclage axée sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Diagnostic et traitement de la malaria chez les adultes	1	2	3
02	Diagnostic et traitement de la malaria chez les enfants	1	2	3
03	Comment effectuer le test diagnostic rapide de la malaria	1	2	3
04	Prise en charge de cas / traitement de la malaria chez les adultes	1	2	3
05	Prise en charge de cas / traitement de la malaria pendant la grossesse	1	2	3
06	Prise en charge de cas / traitement du paludisme chez les enfants	1	2	3

DIABÈTE

207	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement le diabète ?	OUI..... 1 NON..... 2	
208	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour, ou une formation recyclage axée sur le diagnostic et/ou gestion du diabète? SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS..... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS..... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . 3	

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

209	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement les maladies cardiovasculaires telle que l'hypertension?	OUI..... 1 NON..... 2	
210	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage axée sur le diagnostic et/ou gestion des maladies cardio-vasculaires? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS..... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS..... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . 3	

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

211	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement les affections respiratoires chroniques telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)?	OUI..... 1 NON..... 2	
212	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques? SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou une foemation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS..... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS..... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . 3	

3. SERVICES DE SANTE INFANTILE

300	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous fournissez personnellement des services de vaccination des enfants ?	OUI. 1 NON. 2		
301	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous fournissez personnellement des services de suivi de la croissance infantile ?	OUI. 1 NON. 2		
302	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous fournissez personnellement des services de soins curatifs aux les enfants ?	OUI. 1 NON. 2		
303	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage en rapport avec la santé infantile ou les maladies de l'enfance?	OUI. 1 NON. 2	→ 400	
304	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	PEV ou surveillance de la chaîne de froid	1	2	3
02	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (pcime)	1	2	3
03	Diagnostic de la malaria chez les enfants	1	2	3
04	Comment effectuer le test diagnostic rapide de la malaria	1	2	3
05	Prise en charge de cas / traitement de la malaria chez les enfants	1	2	3
06	Diagnostic et/ou traitement des infections respiratoires aiguës	1	2	3
07	Diagnostic et/ou traitement de la diarrhée	1	2	3
08	Carence en micronutriments et/ou évaluation de l'état nutritionnel	1	2	3
09	Allaitement au sein	1	2	3
10	Supplémentation alimentation chez les nourrissons	1	2	3
11	VIH/SIDA pédiatrique	1	2	3
12	TAR pédiatrique	1	2	3
13	Autre formation sur la santé infantile (PRÉCISER) _____	1	2	3

4. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

400	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous fournissez personnellement des services de planification familiale ?	OUI. 1 NON. 2		
401	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur des sujets en rapport avec la planification familiale?	OUI. 1 NON. 2	→ 500	
403	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Counseling en général sur la planification familiale	1	2	3
02	Insertion et/ou retrait de DIU	1	2	3
03	Insertion et/ou retrait d'implants	1	2	3
04	Pratiquer la vasectomie	1	2	3
05	Pratiquer la ligature des trompes	1	2	3
06	Gestion clinique des méthodes de PF, y compris la gestion des effets secondaires	1	2	3
07	Planification familiale pour les femmes infectées au VIH	1	2	3
08	Planification familiale post-partum	1	2	3
09	Autre formation relatif à la PF (SPECIFIER) _____	1	2	3

5.SERVICES DE SANTE MATERNELLE

CPN - SOINS POSTPARTUM -PTME

500	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous fournissez personnellement des services de soins prénatals ou de soins postnatals ?	OUI, PRENATAL. 1 OUI, POSTNATAL. 2 OUI, LES DEUX. 3 NON, AUCUN DES DEUX. 4	
	SI OUI, INSISTEZ ET NOTEZ QUELS SERVICES SONT FOURNIS		
501	Avez-vous reçu une formation continue , une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur des sujets relatifs aux soins prénatals ou soins postnatals?	OUI. 1 NON. 2	→503
502	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
01	Dépistage en CPN (ex.,la tension artérielle, glycosurie et protéinurie)?	1	2
02	Conseils en CPN (ex., nutrition, PF et soins du nouveau-né)?	1	2
03	Complications de la grossesse et leur prise en charge	1	2
04	L'évaluation nutritionnelle de la femme enceinte, comme le calcul de l'indice de masse corporelle et la mesure de la circonférence brachiale à mi-hauteur?	1	2
05	Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse	1	2
503	Fournissez-vous personnellement des prestations qui sont spécifiquement orientées vers la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant? SI OUI, DEMANDEZ: Quelles sont les prestations spécifiques que vous fournissez? INDIQUEZ LEQUEL DES SERVICES SUR LA LISTE EST FOURNI ET INSISTEZ: Y-A-T-IL UN AUTRE?	CONSEILS PREVENTIFS. A CONSEILS POUR TEST VIH. B FAIRE UN TEST VIH. C FOURNIR DES ARV A LA MERE. D FOURNIR DES ARV A L'ENFANT. E PAS DE SERVICES PTME. Y	
504	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur des sujets liés à la santé maternelle et/ou à la santé du nouveau-né et le VIH/SIDA ?	OUI. 1 NON. 2	→506
505	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
01	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	1	2
02	Conseils nutritionnels pour le nouveau-né né de mère avec VIH/SIDA ?	1	2
03	Alimentation des nourrissons et jeunes enfants	1	2
04	Pratiques des gestes obstétricaux actualisées en relation avec le VIH? (exemple: pas de rupture des membranes)	1	2
05	Traitement antirétroviral prophylactique pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2

SERVICES D'ACCOUCHEMENT

506	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des accouchements ? Je veux dire faire de véritables délivrances de nouveau-nés?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 508				
507	Durant les 6 derniers mois, combien d'accouchements, approximativement, avez-vous conduit comme principal prestataire (y inclure les accouchements effectués dans un cadre privé et dans cette institution) ?	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS	<table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
508	Quand avez-vous utilisé le partogramme pour la dernière fois?	JAMAIS..... 0 LA SEMAINE DERNIERE..... 1 LE MOIS DERNIER..... 2 LES 6 DERNIERS MOIS..... 3 IL Y A PLUS DE 6 MOIS..... 4					
509	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur sujets liés à l'accouchement?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 511				
510	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur des sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE			
01	La Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC)?	1	2	3			
02	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC)?	1	2	3			
03	Soins de routine pour le travail et l'accouchement par voie vaginale?	1	2	3			
04	Prise en Charge Active du Troisième Stade du Travail (PCATST)*?	1	2	3			
05	Soins obstétricaux d'urgence (SOU) / Aptitudes à sauver la vie - en général?	1	2	3			
06	Les soins post-avortement?	1	2	3			
07	Les pratiques de soins à l'accouchement spécifiquement destinées à éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2	3			

SERVICES DES SOINS AUX NOUVEAU-NES

511	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution est-ce que vous fournissez personnellement des soins aux nouveau-nés?	OUI..... 1 NON..... 2		
512	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur des sujets liés aux soins des nouveau-nés?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 600	
513	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	La réanimation néonatale utilisant un sac et un masque	1	2	3
02	L'allaitement maternel précoce et exclusif	1	2	3
03	Prise en charge des infections du nouveau-né (y compris les antibiotiques injectables)	1	2	3
04	Soins thermiques (y compris le séchage immédiat et contact peau-à-peau)	1	2	3
05	Utilisation du matériel stérile en coupant le cordon et soins du cordon appropriés	1	2	3
06	Méthode Kangourou (SMK) pour les bébés de faible poids à la naissance	1	2	3

6. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES - TB - VIH / SIDA

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

600	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des IST?	OUI..... 1 NON 2		
601	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur des sujets liés aux services IST?	OUI..... 1 NON..... 2	603	
602	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Diagnostic et traitement les infections sexuellement transmissibles (IST)	1	2	3
02	Prise en charge syndromique des IST	1	2	3
03	Résistance aux médicaments pour le traitement des IST	1	2	3

LA TUBERCULOSE

603	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées à la tuberculose. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage y relatif LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	Fournissez-vous [LIRE SERVICE]? (a)		Avez-ecu une formation continue sur [SERVICE]? SI OUI, derniers 24 mois ou plus? (b)		
		OUI	NON	OUI, derniers 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMATION
01	Diagnostic de la tuberculose basé sur des tests d'analyse de crachat (AFB)	1	2	1	2	3
02	Diagnostic de la tuberculose basé sur les symptômes cliniques ou TB Algorithme	1	2	1	2	3
03	Prescription de traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
04	Fourniture des services de suivi du traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
05	Utilisation de la stratégie du traitement de courte durée sous surveillance directe	1	2	1	2	3
06	Prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose	1	2	1	2	3
07	Prise en charge de la TB multireistante (MDR) ou identification des cas à référer	1	2	1	2	3

SERVICES VIH/SIDA

604	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées aux services VIH. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage y relatif LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	Fournissez-vous [LIRE SERVICE]? (a)		Avez-ecu une formation continue sur [SERVICE]? SI OUI, derniers 24 mois ou plus? (b)		
		OUI	NON	OUI, derniers 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMATION
01	Fournir des conseils relatifs au test du VIH	1	2	1	2	3
02	Effectuer le test du VIH	1	2	1	2	3
03	Fournir des services liés à la PTME	1	2	1	2	3
04	Fournir des services de soins palliatifs	1	2	1	2	3
05	Fournir des services de traitement antirétroviral, y compris la prescription, le counseling, ou le suivi	1	2	1	2	3
06	Fournir un traitement préventif des infections opportunistes (IO) comme la tuberculose et la pneumonie	1	2	1	2	3
07	Fournir des soins pédiatriques pour le SIDA	1	2	1	2	3
08	Fournir des soins à domicile pour le VIH/SIDA	1	2	1	2	3
09	Fournir des services de prophylaxie post-exposition (PPE)	1	2	1	2	3

7. SERVICES DE DIAGNOSTIC

700	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette institution, effectuez-vous personnellement des examens en laboratoire? ENCERCLEZ LE CODE 2 « NON » SI LE PRESTATAIRE COLLECTE SEULEMENT DES SPÉCIMENS	OUI..... 1 NON..... 2	→ 800	
701	S'il vous plaît dites-moi si vous faites personnellement l'un ou l'autre des tests suivants dans le cadre de votre travail au sein de cette institution	OUI	NON	
01	L'examen microscopique des crachats pour diagnostiquer la tuberculose	1	2	
02	Tests de dépistage rapide du VIH	1	2	
03	Tout autre test du VIH, comme la PCR, ELISA, ou Western Blot	1	2	
04	Tests d'hématologie, tel que le test de l'anémie	1	2	
05	Le test CD4	1	2	
06	Microscopie pour le diagnostic de la malaria	1	2	
07	Test diagnostic rapid pour pludisme	1	2	
702	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une formation recyclage sur des sujets liés aux différents tests de diagnostic que vous effectuez?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 800	
703	Avez-vous reçu une formation continue, une formation de mise à jour ou une foemation recyclage sur les thèmes suivants [LIRE THEME] Si OUI: Est-ce que cette formation continue, formation de mise à jour ou formation recyclage a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	L'examen microscopique des crachats pour diagnostiquer la tuberculose?	1	2	3
02	Le test VIH?	1	2	3
03	Le test CD4?	1	2	3
04	Dépistage sanguin du VIH avant la transfusion?	1	2	3
05	Dépistage sanguin de l'hépatite B avant la transfusion?	1	2	3
06	Les examens pour surveiller la TAR tels que TLC et la créatinine sérique?	1	2	3
07	La microscopie pour le diagnostic de la malaria?	1	2	3
08	Test diagnostic rapid pour pludisme	1	2	3

8. CONDITIONS DU TRAVAIL DANS L'INSTITUTION

800	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de votre travail au sein de cette institution.</p> <p>En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans cette institution? SI LES SEMAINES NE SONT PAS REGULIERES, DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE FAIRE LA MOYENNE DU NOMBRE D'HEURES PAR MOIS ET DIVISEZ ALORS CE NOMBRE PAR 4.</p>	<p>NOMBRE MOYEN D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE DANS CETTE INSTITUTION</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>																													
801	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la supervision que vous avez personnellement reçue. Cette supervision peut être d'un superviseur de l' institution sanitaire même ou de l'extérieur. Recevez-vous un appui technique ou une supervision dans votre travail?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ : A quand remonte la dernière supervision ?</p>	<p>OUI, AU COURS DES 3 MOIS DERNIERS. 1 OUI, IL Y A 4-6 MOIS. 2 OUI, IL Y A 7-12 MOIS. 3 OUI, IL Y A PLUS DE 12 MOIS. 4 NON. 5</p>	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>→ 804</p>																												
802	<p>Combien de fois durant les six derniers mois votre travail a été supervisé ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS.</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-left: auto;"></div> <p>CHAQUE JOUR. '96</p>																													
803	<p>La dernière fois que vous avez été personnellement supervisé, est-ce que votre superviseur a fait l'une des choses suivantes:</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 Vérifier vos registres ou rapports?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>02 Observer votre travail?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>03 Donner n'importe quelle appréciation (positive ou négative) sur vos performances?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 05 ←</td> <td style="text-align: center;">8 ← 05</td> </tr> <tr> <td>04 Donner une appréciation verbale disant que vous faites bien votre travail?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>05 Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>06 Discuter des problèmes que vous avez rencontrés?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	01 Vérifier vos registres ou rapports?	1	2	8	02 Observer votre travail?	1	2	8	03 Donner n'importe quelle appréciation (positive ou négative) sur vos performances?	1	2 05 ←	8 ← 05	04 Donner une appréciation verbale disant que vous faites bien votre travail?	1	2	8	05 Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail?	1	2	8	06 Discuter des problèmes que vous avez rencontrés?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																												
01 Vérifier vos registres ou rapports?	1	2	8																												
02 Observer votre travail?	1	2	8																												
03 Donner n'importe quelle appréciation (positive ou négative) sur vos performances?	1	2 05 ←	8 ← 05																												
04 Donner une appréciation verbale disant que vous faites bien votre travail?	1	2	8																												
05 Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail?	1	2	8																												
06 Discuter des problèmes que vous avez rencontrés?	1	2	8																												
804	<p>Avez-vous une description écrite des activités de votre travail actuel ou de votre position dans cette institution sanitaire?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ : Est-ce que je peux la voir ?</p>	<p>OUI, VUE 1 OUI, RAPPOREEE, PAS VUE 2 NON 3</p>																													
805	<p>Y a-t-il des occasions de promotion dans votre travail actuel?</p>	<p>OUI. 1 NON. 2 INCERTAIN/NE SAIT PAS. 8</p>																													
806	<p>Quel(s) type(s) de supplément de salaire recevez-vous, si il y en a un?</p> <p style="text-align: center;">INSISTEZ: Rien d'autres?</p>	<p>SALAIRE MENSUEL OU QUOTIDIEN COMPLÉMENTAIRE. A PERDIEM EN ASSISTANT A UNE FORMATION. B ALLOCATION DE SERVICE. C PAIEMENT POUR ACTIVITÉS SUPPLEMENTAIRES (NON FOURNIES ROUTINIEREMENT). D AUTRE _____ X (PRECISEZ) AUCUN. Y</p>																													
807	<p>Dans votre position actuelle, quels sont les encouragements non-matérielles que vous avez reçus pour le travail que vous effectuez, s'il y en a un?</p> <p style="text-align: center;">INSISTEZ: Rien d'autres?</p>	<p>CONGE/VACANCES. A UNIFORMES, SACS A DOS, CASQUETTES etc.. B REDUCTION SUR MEDICAMENTS, BILLETS GRATUITS POUR SOINS, BONS, etc. C FORMATION. D RATION ALIMENTAIRE/REPAS. E LOGEMENT SUBVENTIONNE. F AUCUN Y</p>																													

808	<p>Parmi les diverses choses liées à votre situation de travail que vous voudriez voir améliorées, pouvez-vous me citer les trois choses qui selon vous sont les plus susceptibles d'améliorer votre capacité à fournir des prestations de soins? Classez-les, s'il vous plaît, par ordre d'importance, 1 étant le plus important</p> <p>ENTREZ LA LETTRE CORRESPONDANT A LA 1ERE CHOSE MENTIONNEE DANS LA 1ERE CASE, ET FAIRE DE MEME POUR LA 2EME ET LA 3EME.</p> <p>SI LE PRESTATAIRE MENTIONNE 1 OU 2 ELEMENTS SEULEMENT ENTREZ "Y" DANS LA/LES CASE(S) RESTANTE(S). IL DOIT Y AVOIR AU MOINS UN ELEMENT SAISI.</p> <p>NE PAS LIRE LES CHOIX À VOTRE RÉPONDANT</p>	<p>PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR A PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS B PLUS DE FOURNITURES/STOCK... C ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALIT D MOINS DE CHARGE DE TRAVAIL (c.à.d. PLUS DE PERSONNEL) E MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL / HORAIRES FLEXIBLES. F PLUS D'ENCOURAGEMENTS/ INCITATIONS (SALAIRE, PROMOTION, VACANCES)... G TRANSPORT POUR PATIENTS REFERES. H FOURNIR DES ANTIRETROVIRAUX. I FOURNIR DE LA PROPHYLAXIE . POST EXPOSITION (PEP). J AUGMENTER LA SECURITE. K MEILLEURE INFRASTRUCTURE. L PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE. M SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES). N AUTRES. X NO PROBLEM Y</p>	<p>CLASSEMENT</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 30px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>					
REMERCIEZ LE PRESTATAIRE ET PASSEZ AU PROCHAIN ENDROIT DE COLLECTE DE DONNEES								
809	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW.....	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">:</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>			:			
		:						

MEASURE DHS - EVALUATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

OBSERVATION DE LA CONSULTATION PRENATALE (CPN)

1. Identification de l'Institution de Santé

TYPE DE QUESTIONNAIRE	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> N
Nom de l'institution sanitaire: _____				
Localisation de l'institution sanitaire: _____				
NUMERO DE 'INSTITUTION SANI'	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Information sur le Prestataire

<u>Catégorie de Prestataire:</u> MEDECIN GENERALISTE 01 CHIRURGIEN GENERALISTE 02 MEDECIN SPECIALISTE 03 TECHNICIEN DE LABORATOIRE (Y COMPRIS BIOLOGISTE, TECHNICIEN BIO-MEDICAL ET TECHNOLOGIST MEDICAL) 04 TECHNICIEN DE RADIOLOGIE 05 TECHNICIEN EN IMAGERIE MEDICALE 06 INFIRMIER (E) [Y COMPRIS INFIRMIER DE LIGNE, EN SANTE COMMUNAUTAIRE, ANESTHESISTE, SALLE D'OPERATION] 07 INFIRMIERE SAGE FEMME 08 AUXILIAIRE INFIRMIER/E 09 TECHNICIEN DE LABORATOIRE DENTAIRE 12 HYGIENISTE DENTAIRE 13 AUXILIAIRE DENTAIRE 14 AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE [Y COMPRIS COLLABORATRICE VOLONTAIRE, AGENT COMMUNAUTAIRE POLYVALENT] 15 QUALIFICATION NON TECHNIQUE 95 AUTRE _____ 96 SPECIFIER _____	CATEGORIE PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>
SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)	SEXE DU PRESTATAIRE <input type="checkbox"/>
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]	NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>

3. Information sur l'Observation

Date:	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANNEE <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/>
Nom de l'observateur : _____	CODE DE L'OBSERVATEUR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Code de la Cliente:	CODE DE LA CLIENTE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4. Observation de la Consultation Prénatale

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
-----	-----------	-------	---------

AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DE LA CLIENTE. ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.

	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente l'IHE qui exécute une étude pour le Ministère de la Santé Publique. Nous faisons une enquête auprès des institutions sanitaires en Haïti dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec cette cliente afin de comprendre comment les services de CPN sont fournis dans cette institution.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le [MINISTERE DE LA SANTE] ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">JOUR</td> <td style="font-size: 8px;">MOIS</td> <td colspan="3" style="font-size: 8px;">ANNEE</td> </tr> </table>			2	0	1	JOUR	MOIS	ANNEE			
		2	0	1									
JOUR	MOIS	ANNEE											
100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNEE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	→ FIN										

	<p>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je suis (CATEGORIE PROFESSIONNELLE) Je représente l'IHE qui exécute une étude pour le Ministère de la Santé Publique. Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé en Haïti. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, en vue de comprendre comment les services CPN sont fournis dans cette institution.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou l'Institution en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service seront divulgués. Ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre visite c'est de manière complètement volontaire et que vous acceptiez ou non de participer n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la salle de consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, un de mes collègues souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>						
101	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNEE PAR LA CLIENTE.	OUI 1 NON 2	→ FIN				
102	ENREGISTREZ L'HEURE DE DEBUT DE L'OBSERVATION	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI 1 NOI 2					
NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES					
POUR CHACUN DES GROUPES SUIVANTS, ENERCLEZ TOUTE ACTION PRISE PAR LE PRESTATAIRE OU PAR LA CLIENTE. SI AUCUNE ACTION DU GROUPE N'EST OBSERVEE, ENERCLEZ "Y" POUR CHAQUE GROUPE A LA FIN DE DE L'OBSERVATION.							

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

ANTECEDENTS DE LA CLIENTE

104	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU SI LA CLIENTE A MENTIONNE L'UN OU L'AUTRE DES ELEMENTS SUIVANTS:	
01	L'âge de la cliente	A
02	Les médicaments que la cliente prend	B
03	Date du début des dernières règles	C
04	Nombre de grossesses antérieures que la cliente a eues	D
04	Aucun des éléments ci-dessus	Y

ASPECTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES

105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE OU LA CLIENTE A DISCUTE L'UN OU L'AUTRE DES ASPECTS SUIVANTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES:	
01	Mort-nés antérieures	A
02	Enfants décédés au cours de la première semaine de vie	B
02A	Enfants décédés au cours des 4 premières semaine de vie	C
03	Saignement intense, pendant ou après l'accouchement	D
04	Accouchement antérieur assisté (césarienne, ventouse, ou forceps)	E
05	Avortements spontanés antérieurs	F
06	Grossesses multiples antérieures	G
07	Travail prolongé antérieur	H
08	Hypertension gravidique antérieure	I
09	Convulsions liées à une grossesse antérieure	J
10	Fièvre élevée ou infection durant la(es) grossesse(s) antérieure(s)	K
11	Aucun des aspects ci-dessus	Y

SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ACTUELLE

106	DANS LA COLONNE A, INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU SI LA CLIENTE A MENTIONNE L'UN DES SIGNES DE DANGER SUIVANTES RELATIFS A LA GROSSESSE ACTUELLE. DANS LA COLONNE B, INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS SUR CES SIGNES.	(A) PRESTATAIRE A DEMANDE OU LA CLIENTE A MENTIONNE	(B) PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS
01	Saignement vaginal	A	A
02	Fièvre	B	B
03	Maux de tête ou vision brouillée	C	C
04	Gonflement du visage ou des mains	D	D
05	Fatigue ou essoufflement	E	E
06	Mouvements fœtaux (absence ou excessif)	F	F
07	Toux ou difficulté à respirer pendant 3 semaines ou plus	G	G
08	Autres symptômes ou problèmes que la cliente pense qu'ils pourraient être liés à cette grossesse	H	H
09	Aucun des signes ci-dessus	Y	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

EXAMEN MEDICAL

107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A EXECUTE LES PROCEDURES SUIVANTES:	
01	Prendre la tension artérielle de la cliente	A
02	Peser la cliente	B
03	Examiner les conjonctives/paumes pour l'anémie	C
04	Examiner les jambes/pieds/mains pour l'œdème	D
05	Examiner les ganglions pour gonflement	E
06	Palper l'abdomen de la cliente pour connaître la position du fœtus	F
07	Palper l'abdomen de la cliente pour mesurer la hauteur de l'utérus	G
08	Auscultier l'abdomen de la cliente pour entendre les battements du cœur du fœtus	H
09	Faire une échographie/référez la cliente pour une échographie/consulter les résultats d'une échographie faite récemment	I
10	Examiner les seins de la cliente	J
11	Effectuer un examen vaginal/examen de la surface périnéale	K
12	Aucune des procédures ci-dessus	Y

TESTS DE ROUTINE

108	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A) A DEMANDE SI LE TEST EST FAIT, B) A EFFECTUE SUR PLACE, C) A REFERE LA CLIENTE POUR DES TESTS SUIVANTS	(A) PRESTATAIRE A DEMANDE	(B) PRESTATAIRE A EFFECTUE	(C) PRESTATAIRE A REFERE	(D) PAS ACTION PRISE
01	Test d'anémie	A	B	C	Y
02	Groupe sanguin	A	B	C	Y
03	Test d'urine	A	B	C	Y
04	Test de syphilis	A	B	C	Y

CONSEIL ET DEPISTAGE DE VIH

109	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT CE QUI SUIVIT:	
01	A Demandé si la cliente connaît son statut sérologique	A
02	A fourni des conseils relatifs au test du VIH	B
03	A référé pour le counseling relatif au test du HIV	C
04	A effectué un test de VIH	D
05	A référé pour un test de VIH	E
06	Aucune des actions ci-dessus	Y

MAINTIEN D'UNE GROSSESSE SAIN

110	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE CONSEIL AU SUJET DES PREPARATIFS SUIVANTS	
01	A discuté de la nutrition (c.à.d. quantité ou qualité de nourriture à manger) durant la grossesse	A
02	A informé la cliente sur l'évolution de la grossesse	B
03	A discuté de l'importance de faire au moins 4 visites prénatale	C
04	Aucun des sujets ci-dessus	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

PROPHYLAXIE DE FER

111	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné des comprimés de fer ou de l'acide folique (AF) ou tous les deux	A
02	A expliqué l'importance de la prise de fer ou de l'acide folique	B
03	A expliqué comment prendre des comprimés de fer ou d'acide folique	C
04	A expliqué les effets secondaires des comprimés de fer	D
05	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

INJECTION DE VACCIN ANTI-TETANIQUE

112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné une injection de vaccin anti-tétanique (VAT)	A
02	A expliqué l'importance de l'injection du VAT	B
03	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

DEPARASITAGE

113	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné du Mebendazole/ de l'Albendazole	A
02	A expliqué l'importance du Mebendazole/de l'Albendazole	B
03	Aucun des médicaments ci-dessus	Y

MALARIA

114	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A expliqué comment prendre des médicaments antimalariques	A
02	A expliqué les effets secondaires possibles des antimalariques	B
03	L'importance d'usage de moustiquaire imprégnée d'insecticide a été clairement expliquée	C
04	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

PREPARATIFS A L'ACCOUCHEMENT

115	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE DES CONSEILS AU SUJET DE L'ACCOUCHEMENT AU MOYEN DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:	
01	A demandé à la cliente là où elle compte accoucher	A
02	A conseillé à la cliente de se préparer à l'accouchement (ex. mettre de l'argent de côté, prendre des dispositions pour le transport d'urgence)	B
03	A conseillé la cliente d'utiliser les services d'un personnel de santé qualifié pour l'accouchement	C
04	A discuté avec la cliente ce qu'elle doit avoir sous la main à la maison en cas d'urgence (ex., la lame de rasoir neuve)	D
05	Aucun des sujets ci-dessus	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

RECOMMANDATIONS POUR LE NOUVEAU-NE ET LE POST PARTUM

116	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS AU SUJET DES SOINS DU NOUVEAU-NE OU SOINS POSTPARTUM DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:	
01	A discuté des soins du nouveau-né (chaleur, hygiène et soins du cordon)	A
02	A discuté de l'initiation précoce et prolongée de l'allaitement maternel	B
03	A discuté de l'allaitement exclusif au sein	C
04	A discuté de l'importance de la vaccination du nouveau-né	D
05	A discuté des options pour la planification familiale après l'accouchement	E
06	Aucun des sujets ci-dessus	Y

OBSERVATIONS D'ENSEMBLE SUR L'INTERACTION

117	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE SI LA CLIENTE AVAIT DES QUESTIONS ET L'A ENCOURAGE A POSER DES QUESTIONS.	OUI, A POSE QUESTIONS. 1 NON, PAS DE QUESTIONS. 2	
118	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A UTILISE DES IMAGES POUR L'EDUCATION SANITAIRE OU A DONNE DES CONSEILS DURANT LA CONSULTATION.	OUI, A UTILISE DES IMAGES. 1 N'A PAS UTILISE DES IMAGES. 2	
119	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A REGARDE DANS LE CARNET DE SANTE DE LA CLIENTE (OU BIEN AVANT D'EXAMINER LA CLIENTE, OU BIEN PENDANT L'INTEROGATOIRE OU L'EXAMEN DE LA CLIENTE).	OUI, A REGARDE DANS CARNET. 1 N'A PAS REGARDE DANS CARNET. 2	
120	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A ECRIT QUELQUE CHOSE DANS LE CARNET DE SANTE DE LA CLIENTE.	OUI 1 NON 2 CARNET DE SANTE N'EST PAS UTILISE 3 NE SAIT PAS 8	
121	ENREGISTREZ LE RESULTAT DE LA CONSULTATION. [ENREGISTREZ LE RESULTAT AU MOMENT OU L'OBSERVATION PREND FIN]	LA CLIENTE S'EN VA. 1 LA CLIENTE EST REFeree(AU LABO OU AUTRE PRESTATAIRE) DANS LA MEME INSTITUTION. 2 LA CLIENTE EST ADMISE DANS LA MEME INSTITUTION. 3 LA CLIENTE EST REFeree DANS UNE AUTRE INSTITUTION. 4	

QUESTIONS DESTINEES AU PRESTATAIRE DE CPN

DEMANDEZ AU PRESTATAIRE LES QUESTIONS SUIVANTES ET VERIFIER DANS LE REGISTRE DE CPN OU DANS LE CARNET DE CPN DE LA CLIENTE		
122	A combien de semaines de grossesse est la cliente?	SEMAINES DE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>
123	Est-ce la 1ère, 2ème, 3ème, 4ème ou 5ème visite de la cliente pour des soins prénatals pour cette grossesse en cours dans cette institution?	PREMIERE VISITE. 1 DEUXIEME VISITE. 2 TROISIEME VISITE. 3 QUATRIEME VISITE. 4 CINQUIEME VISITE OU PLUS. 5 NE SAIT PAS. 8
124	Est-ce que la cliente a eu une grossesse antérieure, quel que soit la durée ou le résultat de cette grossesse, ou est-ce sa première grossesse?	PREMIERE GROSSESSE. 1 PAS PREMIERE GROSSESSE. 2 NE SAIT PAS. 8
125	ENREGISTREZ LE TEMPS DE LA FIN DE L'OBSERVATION.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
Commentaires de l'Observateur:		

**MEASURE DHS: EVALUATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SOINS DE
SANTÉ**

INTERVIEW DES CLIENTES A LA SORTIE DES SOINS PRENATALS

IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION DE SANTÉ

	TYPE DE QUESTIONNAIRE	<table border="1"><tr><td>S</td><td>C</td><td>P</td><td>N</td></tr></table>	S	C	P	N		
S	C	P	N					
Nom de l'institution <u>sanitaire</u>	_____							
Adresse de l'institution <u>sanitaire</u>	_____							
NUMERO DE L'INSTITUTION	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>							

INFORMATION SUR L'INTERVIEW

DATE:	_____	JOUR	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
		MOIS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
		ANNEE.....	<table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td></tr></table>	2	0	1	
2	0	1					
Nom de l'enquêteur/trice: _____		CODE DE L'ENQUETEUR	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
		CODE DE LA PATIENTE	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

1. Information sur la visite -Consultation Prénatale (CPN)

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A												
	<p>A LIRE A LA CLIENTE : Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons l'Institut Haïtienne de l'Enfance qui exécute une étude pour le ministère de la santé. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des institutions de santé.</p> <p>Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur la visite de consultation prénatale que vous venez d'effectuer.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez ultérieurement.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués. Ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission pour continuer l'entrevue ?</p>														
	Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="2">ANNEE</td> </tr> </table>				2	0	1	JOUR		MOIS		ANNEE		
			2	0	1										
JOUR		MOIS		ANNEE											
100	Puis-je commencer l'entrevue?	ACCEPTÉ 1 REFUS 2	→ FIN												
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW.....	<input type="text"/> : <input type="text"/>													
102	Avez-vous une carte/carnet de soins prénatals, ou une carte de vaccination sur vous? SI OUI: DEMANDEZ A VOIR LA CARTE/CARNET.	OUI 1 NON, CARNET RESTE DANS L'INSTITUTION 2 CARNET PAS UTILISE 3	→106												
103	VÉRIFIEZ LA CARTE/CARNET PRENATAL, OU CARTE DE VACCINATION. INDIQUEZ S'IL Y EST NOTE OU NON QUELQUE CHOSE QUI MONTRE QUE LA CLIENTE A REÇU LE VACCIN ANTI-TETANIQUE.	OUI, UNE FOIS 1 OUI, DEUX FOIS 2 OUI, TROIS FOIS OU PLUS 3 PAS D'INDICATION 4													
104	SELON LA CARTE/CARNET PRENATAL, DEPUIS COMBIEN DE SEMAINES EST-ELLE ENCEINTE?	# DES SEMAINES <input type="text"/> PAS DISPONIBLE 95													
106	Avez-vous déjà été enceinte, quels que soient la durée ou l'aboutissement, ou bien c'est votre première grossesse?	PREMIERE GROSSESSE 1 PAS PREMIERE GROSSESSE 2													
107	Est-ce que c'est votre première visite prénatale dans cette institution pour cette grossesse? SI PAS PREMIERE VISITE, DEMANDER Combien de fois avez-vous visité cet établissement pour cette grossesse?	PREMIERE VISITE 1 DEUXIEME VISITE 2 TROISIEME VISITE 3 QUATRIEME VISITE 4 PLUS DES 4 VISITES 5													
108	Durant cette viste, ou visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des comprimés de fer ou acide folique ou les deux? MONTREZ A LA CLIENTE LES COMPRIMES DE FER, ACIDE FOLIQUE OU COMPRIME COMBINE.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→112												

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
109	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il expliqué comment prendre les comprimés de fer? SI OUI, INSISTER POUR SAVOIR SI LE PRESTATAIRE EN A PARLE AUCOURS DE CETTE VISITE SEULEMENT, AUCOURS DE LA VISITE PRECEDENTE OU LES DEUX.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
110	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé des effets secondaires des comprimés de fer?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
111	Dites-moi SVP tous les effets secondaires que vous connaissez et qui sont liés à la prise des comprimés de fer.	NAUSÉE..... A SELLES NOIRES..... B CONSTIPATION..... C AUTRE _____ X (SPECIFIER) Z NE SAIT PAS.....	
112	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit un antimalarique? MONTREZ LES COMPRIMES DE CHLOROQUINE?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→114
113	Vous a-t-on demandé d'avalier les comprimés dans la structure et en présence d'un prestataire?	OUI 1 NON 2	
114	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a conseillé d'utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
115	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide gratuitement?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→117
116	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a proposé d'acheter une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou vous a recommandé un endroit pour l'acheter.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
117	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé de la nutrition ou quelle nourriture vous devez manger pendant cette grossesse?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
118	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé des signes d'alerte des complications de la grossesse.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
119	Dites moi s'il vous plait certains signes de complication (signe de danger) que vous connaissez. ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	SAIGNEMENT VAGINAL A FIEVRE B OEDEME VISAGE/MAINS C FATIGUE ET ESSOUFLEMENT D MAUX DE TETE ET VISION TROUBLE E CONVULSIONS F MOUVEMENT FOETAL REDUIT OU ABSENT G RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES H AUTRE X NSP Z	→ 121
120	Qu'est ce que le prestataire vous a donné comme conseil au cas où vous avez un de ces signes de complications? ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	VENIR A LA STRUCTURE A REDUIRE L'ACTIVITE PHYSIQUE B CHANGER LE REGIME ALIMENTAIRE C AUTRE _____ X (SPECIFIER) PAS DES CONSEILS Y	
121	Est-ce que pendant cette visite ou une visite antérieures, un prestataire a discuté avec vous de choses que vous devriez avoir en vue de votre accouchement ? Ceci pourrait inclure des dispositions en cas d'urgences, les choses que vous devriez apporter avec vous à la maternité ou les choses que vous devriez avoir à la maison pour un accouchement à domicile.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
122	Dites-moi SVP tout ce que vous savez sur les préparatifs a faire en vue de votre accouchement. ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	TRANSPORT D'URGENCE..... A ARGENT..... B DESINFECTANT..... C LAME DE RASOIR/CISEAUX STERILES POUR COUPER LE CORDON... D AUTRE _____ X (SPECIFIER) NE SAIT PAS Z	
123	Avez-vous mis de l'argent de côté pour l'accouchement? SI OUI, DEMANDEZ: En avez-vous assez?	OUI, ASSEZ..... 1 OUI, MAIS PAS ASSEZ..... 2 NON..... 3	
124	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il questionné sur le lieu où vous pensez accoucher?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
125	Avez-vous décidé où vous irez accoucher? SI OUI: INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE VA ACCOUCHER DANS UNE INSTITUTION OU A DOMICILE	DANS CETTE INSTITUTION ... 1 DANS AUTRE INSTITUTION..... 2 A DOMICILE..... 3 CHEZ LA MATRONE. 4 AUTRE _____ 6 (SPECIFIER) NE SAIT PAS..... 8	
126	Connaissez-vous les signes de danger de l'accouchement ou de l'après accouchement? SI OUI: Quels sont les signes que vous connaissez?	SAIGNEMENTS ABONDANTS..... A FIEVRE..... B PLAIES GENITALES..... C AUCUN DE CEUX-CI D NON Y	
127	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, est-ce que le prestataire a parlé de l'importance de l'allaitement exclusif ?—c'est-à-dire, de ne donner à votre bébé que du lait maternel ?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→129
128	Pendant combien de mois le prestataire vous a conseillé d'allaiter exclusivement votre enfant au sein, c'est-à-dire, de ne donner à votre bébé ni liquide ni nourriture en plus de votre lait ?	ENTRE 4 A 6 MOIS 1 6 MOIS 2 AUTRE 6 NSP 8	
129	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé de l'utilisation de la planification familiale après la naissance de votre bébé?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	

2. Satisfaction Cliente

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
	Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services des consultations prénatales.		
201	Combien de temps avez-vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?	MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NE SAIT PAS 998	
202	Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les institutions sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui; et si oui, s'il était un grand problème ou un problème mineur pour vous.		
		PAS DE PROBLE GRAND MINEUR MES NSP	
01	Le temps d'attente	1 2 3 8	
02	La capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant votre grossesse avec le prestataire	1 2 3 8	
03	La quantité d'explications que vous avez reçue au sujet de votre grossesse ou autres problèmes.	1 2 3 8	
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée	1 2 3 8	
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation	1 2 3 8	
06	La disponibilité des médicaments dans l'institution	1 2 3 8	
07	Les heures de service dans cette l'institution	1 2 3 8	
08	Le nombre de jours de fonctionnement de services par semaine	1 2 3 8	
09	La propreté de l'institution sanitaire	1 2 3 8	
10	Le comportement du personnel a votre egard	1 2 3 8	
11	Le coût des services ou du traitement	1 2 3 8	
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cet établissement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
204	Vous a-t-on demandé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 206

205	Quel est le montant total que vous avez payé (en Gourdes) pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cet établissement aujourd'hui ?	MONTANT TOTAL (EN GOURDES) NSP 999998	
206	Est-ce que cette institution est l'établissement de santé le plus proche de chez vous ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à l'établissement le plus proche de chez vous ? SI LA CLIENTE MENTIONNE PLUSIEURS RAISONS, INSISTEZ POUR SAVOIR LA RAISON PRINCIPALE	HEURE DE FONCTIONNEMENT PAS COMMODE 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER ANONYME 05 C'EST PLUS CHER 06 REFERENCE 07 AUTRE 96 NSP 98	
208	En général, laquelle de ces affirmations décrivent le mieux votre opinion sur les services que vous avez reçu dans cette institution aujourd'hui LIRE TOUTES LES ATTESTATIONS ET EN CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS	1 2 3	
209	Pouvez-vous recommander cette institution à un ami ou à un membre de famille?	OUI 1 NON 2 NSP 8	

3. Caractéristiques Personnelles de la Cliente

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEE □ □ NSP 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint?	PRIMAIRE 1 POST PRIMAIRE/TECHNIQUE 2 SECONDAIRE 3 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE 4	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE SEULEMENT 1 OUI, LIRE ET ECRIRE 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	□ □ : □ □	
<p>Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !</p>			
<p>Commentaires de l'enquêteur :</p>			

MEASURE DHS ENQUETE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DES SOINS DE SANTE

OBSERVATION DES SERVICES DE PLANNIFICATION FAMILIALE

1. IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION SANITAIRE

	TYPE QUESTIONNAIRE	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">O</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">P</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">F</td> </tr> </table>	O	P	F		
O	P	F					
Nom de l'institution sanitaire: _____							
Localisation de l'institution sanitaire: _____							
NUMERO DE L'INSTITUTION SANITAIRE		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					

2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE

<p><u>Catégorie de Prestataire:</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>MEDECIN GENERALISTE</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>CHIRURGIEN GENERALISTE</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>MEDECIN SPECIALISTE</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN DE LABORATOIRE (Y COMPRIS BIOLOGISTE, TECHNICIEN BIO-MEDICAL ET TECHNOLOGIST MEDICAL)</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN DE RADIOLOGIE</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN EN IMAGERIE MEDICALE</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>INFIRMIER (E) [Y COMPRIS INFIRMIER DE LIGNE, EN SANTE COMMUNAUTAIRE, ANESTHESISTE, SALLE D'OPERATION]</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>INFIRMIERE SAGE FEMME</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>AUXILIAIRE INFIRMIER/E</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN DE LABORATOIRE DENTAIRE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>HYGIENISTE DENTAIRE</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>AUXILIAIRE DENTAIRE</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE [Y COMPRIS COLLABORATRICE VOLONTAIRE, AGENT COMMUNAUTAIRE POLYVALENT]</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>QUALIFICATION NON TECHNIQUE</td><td style="text-align: right;">95</td></tr> <tr><td>AUTRE _____</td><td style="text-align: right;">96</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">SPECIFIER</p>	MEDECIN GENERALISTE	01	CHIRURGIEN GENERALISTE	02	MEDECIN SPECIALISTE	03	TECHNICIEN DE LABORATOIRE (Y COMPRIS BIOLOGISTE, TECHNICIEN BIO-MEDICAL ET TECHNOLOGIST MEDICAL)	04	TECHNICIEN DE RADIOLOGIE	05	TECHNICIEN EN IMAGERIE MEDICALE	06	INFIRMIER (E) [Y COMPRIS INFIRMIER DE LIGNE, EN SANTE COMMUNAUTAIRE, ANESTHESISTE, SALLE D'OPERATION]	07	INFIRMIERE SAGE FEMME	08	AUXILIAIRE INFIRMIER/E	09	TECHNICIEN DE LABORATOIRE DENTAIRE	12	HYGIENISTE DENTAIRE	13	AUXILIAIRE DENTAIRE	14	AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE [Y COMPRIS COLLABORATRICE VOLONTAIRE, AGENT COMMUNAUTAIRE POLYVALENT]	15	QUALIFICATION NON TECHNIQUE	95	AUTRE _____	96	<p style="text-align: right;">CATEGORIE DU PRESTATAIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
MEDECIN GENERALISTE	01																																
CHIRURGIEN GENERALISTE	02																																
MEDECIN SPECIALISTE	03																																
TECHNICIEN DE LABORATOIRE (Y COMPRIS BIOLOGISTE, TECHNICIEN BIO-MEDICAL ET TECHNOLOGIST MEDICAL)	04																																
TECHNICIEN DE RADIOLOGIE	05																																
TECHNICIEN EN IMAGERIE MEDICALE	06																																
INFIRMIER (E) [Y COMPRIS INFIRMIER DE LIGNE, EN SANTE COMMUNAUTAIRE, ANESTHESISTE, SALLE D'OPERATION]	07																																
INFIRMIERE SAGE FEMME	08																																
AUXILIAIRE INFIRMIER/E	09																																
TECHNICIEN DE LABORATOIRE DENTAIRE	12																																
HYGIENISTE DENTAIRE	13																																
AUXILIAIRE DENTAIRE	14																																
AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE [Y COMPRIS COLLABORATRICE VOLONTAIRE, AGENT COMMUNAUTAIRE POLYVALENT]	15																																
QUALIFICATION NON TECHNIQUE	95																																
AUTRE _____	96																																
SEXE DU PRESTATAIRE (Masculin =1 Feminin =2)	SEXE DU PRESTATAIRE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE	NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																

3. INFORMATION SUR L'OBSERVATION

<p>Date:</p> <p>Nom de l'observateur: _____</p> <p>Code du client:</p>	<p>JOUR</p> <p>MOIS</p> <p>ANNEE..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>CODE DE L'OBSERVATEUR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>CODE DU CLIENT</p> <table border="1" style="margin-left: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	2	0	1								
2	0	1										

4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
-----	-----------	------	---------

AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, VOUS DEVEZ OBTENIR LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DE LA CLIENTEE, ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN "EXPERT" A CONSULTER PENDANT LA SESSION.

	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente l'IHE qui exécute une étude pour le Ministère de la Santé Publique. Nous faisons une enquête auprès des institutions sanitaires en Haïti dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec cette cliente afin de comprendre comment les services de planification familiale sont fournis dans ce service.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le [MINISTERE DE LA SANTE] ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'Enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">JOUR</td> <td style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANNEE</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>					2	0	1		JOUR	MOIS	ANNEE						
				2	0	1													
JOUR	MOIS	ANNEE																	
100	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE LA PERMISSION DE L'OBSERVER	OUI 1 NON 2	→ FIN																

	<p>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je suis (CATEGORIE PROFESSIONELLE) Je représente l'IHE qui exécute une étude pour le Ministère de la Santé Publique. Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé en Haïti. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, en vue de comprendre comment les services de planification familiale sont fournis dans cette institution.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou l'Institution en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service seront divulgués. Ainsi ni votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre visite c'est de manière complètement volontaire et que vous acceptiez ou non de participer n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la salle de consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, un de mes collègues souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>		
--	--	--	--

101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ DONNÉE PAR LA CLIENTE	OUI 1 NON 2	→ FIN
102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION :	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE/CETTE PRESTATAIRE POUR CE SERVICE?	OUI 1 NON 2	
104	ENREGISTREZ LE SEXE DE LA CLIENTE (DU CLIENT)	MASCULIN 1 FEMININ 2	
NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES

HISTOIRE DE LA CLIENTE (POUR LES FEMMES SEULEMENT)

105	INDIQUEZ CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANEMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :	
01	Date de la dernière naissance ou âge de l'enfant le plus jeune	A
02	Date des dernièrEs règles (pour savoir si enceinte actuellement)	B
03	Statut d'allaitement	C
04	Régularité du cycle menstruel	D
05	Aucun	Y

HISTOIRE DU CLIENT/DE LA CLIENTE (TOUS LES CLIENTS)

106	INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LE/LA CLIENT/CLIENTE ET HISTOIRE REPRODUCTIVE. INDIQUEZ CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LE/ LA CLIENT/CLIENTE A FOURNI SPONTANEMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :	
01	Age de la cliente (du client)	A
02	Nombre d'enfants vivants	B
03	Désire un enfant ou plus d'enfants	C
04	Délai désiré pour une naissance ou un prochain enfant	D
05	Aucun	Y

EXAMEN PHYSIQUE

107	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A EXÉCUTÉ L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRES OU A POSÉ L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS DE SANTÉ SUIVANTES.	
01	Prendre la pression sanguine du/de la client/cliente	A
02	Peser le/la client/cliente	B
03	Interroger le/la client/cliente au sujet du tabagisme	C
04	Interrogerle/la client/cliente au sujet des symptômes relatifs aux IST (par exemple, écoulement anormal).	D
05	Interrogerle/la client/cliente au sujet des maladies chroniques (maladie du coeur, diabète, hypertension, problème de foie ou d'ictère, cancer du sein).	E
05A	Interroger le/la client/cliente au sujet des médicaments qu'il/elle est en train de prendre	F
06	Aucun	Y

PARTENAIRE ET IST

108	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A OU NON DISCUTÉ DES QUESTIONS CI-APRES LIÉES AUX PARTENAIRES SEXUELS ET AU CHOIX DE LA MÉTHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE.	
01	De l'attitude du partenaire envers la planification familiale.	A
02	Du statut du partenaire (nombre de partenaires de la cliente ou de son partenaire; l'absence du partenaire).	B
03	Du risque des IST.	C
04	De l'utilisation des condoms pour prévenir les IST.	D
05	De l'utilisation des condoms seuls ou avec une autre méthode pour essayer de prévenir les IST.	E
06	Aucun	Y

QUESTIONS/PREOCUPATIONS

109	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE OU LE/LA CLIENT/CLIENTE ONT ABBORDE L'UN DES POINTS SUIVANTS	
01	Interroge le/la client/cliente au sujet de questions ou de soucis concernant les méthodes actuellement utilisées.	A
02	le/la client/cliente a dit qu'elle a eu des soucis, ou a posé des questions sur les effets secondaires ou sur la méthode?	B
03	Aucun	Y

CONFIDENTIALITE

110	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A PRIS OU PAS L'UNE OU L'AUTRE DES MESURES SUIVANTES POUR ASSURER LE/LA CLIENT/CLIENTE DE L'INTIMITÉ.	
01	Assure l'intimité visuelle.	A
02	Assure l'intimité auditive.	B
03	Assure le/la client/cliente oralement de la confidentialité.	C
04	Aucun	Y

METHODES PRESCRITES OU FOURNIES

111	<p>INDIQUEZ QUELLES MÉTHODES ONT ÉTÉ FOURNIES OU PRESCRITES PENDANT CETTE VISITE. SI DES CONDOMS ÉTAIENT PRESCRITS POUR ETRE UTILISE AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.</p> <p>VERIFIEZ LA METHODE AVEC LE PRESTATAIRE</p> <p>[SI ANCIENNE CLIENTE VENUE POUR SE REAPPROVISIONNER EN PILULES OU POUR RECEVOIR UNE NOUVELLE INJECTION OU POUR SE FAIRE REMPLACER UN DIU PENDANT CETTE VISITE, ENCERCLEZ LA METHODE POUR LAQUELLE ELLE EST VENUE]</p>		
	METHODE	(A) PRESCRIT	(B) DONNE
01	PILULE COMBINEE	A	A
02	PILULE ORALE PROGEST. SEUL	B	B
03	PILULE ORALE (TYPE NON SPECIFIE)	C	C
04	PILULE COMBINEE INJECTABLE (MENSUELEMENT)	D	D
05	INJECTABLE A BASE DE PROGESTORONE SEULE POUR 2 OU 3 MOIS)	E	E
06	CONDOM MASCULIN	F	F
07	CONDOM FEMININ	G	G
08	DIU	H	H
09	IMPLANT	I	I
10	PILULE DU LENDEMAIN	J	J
11	METHODE DU COLLIER	K	K
12	CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	L	L
13	VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE)	M	M
14	STERILISATION FEMININE	N	N
15	METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORHEE (MAMA)	O	O
16	AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME)	X	X
17	PAS DE METHODE	Y	Y

POUR LA OU LES MÉTHODES DES QUESTIONS 112-129, INDIQUEZ SI LES INFORMATIONS APPROPRIÉES CI-DESSOUS RELATIVES AU COUNSELING ONT ÉTÉ ÉVALUÉES OU DISCUTÉES.

112	VERIFIEZ Q111: SI "A", "B", "C", "D" OU "E" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	114
113	PILULE OU INJECTABLES	
01	Prise (de la pilule quotidiennement ; et de l'injection chaque mois ou tous les 3 mois).	A
02	Le changement qui peut se produire avec les règles (diminution du flux, saignement).	B
03	Les effets secondaires qui peuvent se produire au début (comme la nausée, le gain de poids, et la tension mammaire).	C
04	Que faire en cas d'oubli de la pilule ou de l'injection au moment indiqué.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Doit retourner à l'institution quand les effets secondaires apparaissent ou persistent	F
07	Aucun	Y
114	VERIFIEZ Q111: SI "F" OU "G" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	116
115	CONDOM	
01	La non utilisation si la cliente est allergique au latex.	A
02	Ne peut être employé qu'une seule fois.	B
03	Les lubrifiants qui peuvent être utilisés (hydrosoluble seulement pour le condom masculin; n'importe quel lubrifiant pour le condom féminin)	C
04	Son utilisation comme protection si la cliente craint l'échec avec une autre méthode.	D
05	De la double protection (contre la grossesse et les ISTs)	E
06	Aucun	Y
116	VERIFIEZ Q111: SI "H" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	118
117	DISPOSITIF INTRAUTERIN/STERILET (DIU)	
01	Efficace pendant 12 années.	A
02	Doit retourner à la formation dans 3-6 semaines après l'insertion ou après les premières règles.	B
03	Des effets secondaires courants qui peuvent se produire (saignement intense pendant les premiers mois qui suivent l'insertion, saignement, ou de légères crampes abdominales).	C
04	Doit retourner à l'institution sanitaire si les effets secondaires persistent.	D
05	Doit régulièrement vérifier la corde après chaque menstruation.	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y

118	VERIFIEZ Q111: SI "I" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	120
119	IMPLANT	
01	Efficace pendant 3-5 années.	A
02	Changement qui peut se produire avec la menstruation (saignement irrégulier, spotting).	B
03	Des effets secondaires qui peuvent se produire au début (nausée, gain de poids, et tension mammaire).	C
04	Doit retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires persistent.	D
05	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	E
06	Aucun	Y
120	VERIFIEZ Q111: SI "K" OU "L" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	122
121	RYTHME ou ABSTINENCE PERIODIQUE	
01	Comment identifier la période fertile d'une femme	A
02	Ne pas avoir de rapports pendant la période fertile de la femme sans méthode alternative	B
03	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	C
04	Aucun	Y
122	VERIFIEZ Q111: SI "O" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	124
123	MAMA	
01	Du faible risque minime de grossesse peu de temps avant la reprise de la menstruation.	A
02	Doit allaiter de manière exclusive ou presque exclusive	B
03	Inéfficace après le retour des règles.	C
04	L'enfant doit avoir moins de 6 mois.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y
124	VERIFIEZ Q111: SI "M" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	126
125	VASECTOMIE	
01	La partenaire est protégée contre la grossesse après 3 mois ou 30 éjaculations	A
02	Utilisation d'une méthode de relais pendant les 3 mois qui suivent l'opération.	B
03	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un faible risque d'échec.	C
04	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, tension mammaire et saignement).	D
05	Doit retourner à l'institution à l'apparition de ces signes	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y

126	VERIFIEZ Q111: SI "N" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	128
127	STERILISATION FEMININE	
01	Protège contre la grossesse immédiatement	A
02	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un faible risque d'échec.	B
03	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, légers maux de tête, fièvre, saignement et absence des règles).	C
04	Doit retourner à l'institution à l'apparition de ces signes	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y

128	VERIFIEZ Q111: SI "J" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	130
129	CONTRACEPTION D'URGENCE	
01	Prendre une autre dose si vomissement dans les deux heures qui suivent la prise	A
02	Retour pour un contrôle de grossesse, si les prochaines règles sont exceptionnellement légères ou ne se produisent pas dans un délai de 4 semaines	B
03	Première dose qui doit être prise 72 heures après le rapport sexuel	C
04	Deuxième dose qui devrait être prise 12 heures après la première dose.	D
05	Pas une méthode contraceptive de routine et donc ne doit pas être répétée/prise plus de trois fois dans un mois.	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y

ACTIONS ADDITIONNELLES DU PRESTATAIRE

130	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE LES ACTES SUIVANTS	
01	Regardé la carte de santé du/de la client(e) à n'importe quel moment avant de commencer la consultation, pendant l'anamnèse ou l'examen physique.	A
02	Ecrit sur la fiche de PF et sur la carte de RDV du/de la client(e)	B
03	Utilisé quelque aide visuelle pour l'éducation sanitaire ou des conseils sur les méthodes de PF.	C
04	Parlé de la prochaine visite	D
05	Aucun	Y

CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE

131	CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE A LA FIN DE LA CONSULTATION. VERIFIEZ LA CARTE DU CLIENT/DE LA CLIENTE OU LE REGISTRE SI NECESSAIRE.		
01	Le/la client(e) a t-elle déjà eu un contact avec un prestataire de PF dans cette institution?	OUI NON..... NSP	1 2 8
02	Est ce que cette cliente a déjà été enceinte?	OUI NON..... PATIENT(HOMME) NSP	1 2 3 8

5. OBSERVATION CLINIQUE

201	INDIQUEZ SI UNE PROCEDURE CLINIQUE A ÉTÉ CONDUITE PENDANT CETTE VISITE.																										
01	EXAMEN PELVIEN	A																									
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DU DIU	B																									
03	ADMINISTRATION D'UN INJECTABLE	C																									
04	INSERTION ET/OU RETRAIT DES IMPLANTS	D																									
05	AUCUN	Y		→ 301																							
202	LE PRESTATAIRE QUI A FAIT L'EXAMEN CLINIQUE EST-IL CELUI QUI A FAIT LE COUNSELLING?	OUI 1 NON 2	→ 206																								
<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, je représente l'Institut Haitienne de l'Enfance qui execute une etude pour le ministère de la santé. Nous effectuons une enquête dans les formations sanitaires, avec le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais observer la façon de procéder avec la cliente. [Mme ____] est déjà d'accord et ne voit pas d'inconvénients à ma présence. Cette observation nous aidera à mieux comprendre comment les services de PF sont fournis.</p> <p>Toute information concernant cette procédure restera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je vous laisse seuls, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission d'être présent durant la procédure?</p> <p align="right"> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="3">ANNEE</td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="2">ANNEE</td> </tr> </table> </p> <p>Signature de l'Enquêteur _____ (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p>								2	0	1						ANNEE				JOUR				MOIS		ANNEE	
				2	0	1																					
				ANNEE																							
JOUR				MOIS		ANNEE																					
203	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ REÇUE DU PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	→ 301																								
204	ENREGISTREZ LA FONCTION DU PRESTATAIRE AYANT EXÉCUTÉ LA MAJEURE PARTIE DE L'EXAMEN CLINIQUE.	MEDECIN GENERALISTE 01 MEDECIN SPECIALISTE 02 INFIRMIER (E) [Y COMPRIS INFIRMIER DE LIGNE, E03 COMMUNAUTAIRE, ANESTHESISTE, SALLE D'OPERATION] 04 AUXILIAIRE INFIRMIER 04 INFIRMIERE SAGE FEMME 05 BIOLOGISTE 06 TECHNOLOGIST MEDICAL 07 TECHNICIEN DE LABORATOIRE 08 AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE [Y COMPRIS COLLABORATRICE VOLONTAIRE, AGENT COMMUNAUTAIRE POLYVALENT] 09 AUTRE 96 (SPECIFIEZ)																									
205	ENREGISTREZ LE SEXE DU PRESTATAIRE CONDUISANT L'EXAMEN OU LA PROCÉDURE CLINIQUE.	MASCULIN 1 FEMININ 2																									

6. EXAMEN PELVIEN

206	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UN EXAMEN PELVIEN A ÉTÉ CONDUIT ?	OUI NON	1 2	→ 210
AVANT L'EXAMEN				
207	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE			
01	Assurer l'intimité visuelle de la cliente			A
02	Assurer l'intimité auditive de la cliente			B
03	Avant de commencer, expliquer les procédures à la cliente			C
04	Preparer les instruments avant la procédure			D
05	Avant de commencer , se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant.			E
06	Porter des gants en latex avant de commencer			F
07	Aucun			Y

PENDANT L'EXAMEN

208	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS PENDANT LA PROCEDURE			
01	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau			A
02	Demander à la patiente de respirer profondément et lentement afin de relacher les muscles			B
03	Inspecter les organes génitaux externes			C
04	Expliquer l'utilisation du speculum (s'il est utilisé)			D
05	Inspecter la muqueuse vaginale et le col de l'uterus en utilisant le spéculum et la lumière			E
06	Exécuter un examen bimanuel de l'uterus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPITANT L'ABDOMEN)			F
07	Aucun			Y

APRES L'EXAMEN

209	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE			
01	Retirer les gants			A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants			B
03	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant			C
04	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure			D
05	Aucun			Y

7. INSERTION/RETRAIT DU DIU

210	VERIFIEZ Q201 : UN DIU A-T-IL ÉTÉ INSÉRÉ OU RETIRÉ ?	INSERTION DU DIU A RETRAIT DU DIU B EXAMEN DU DIU C AUCUN Y	→ 215
-----	--	--	-------

AVANT LA PROCEDURE

211	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE	
01	Assurer l'intimité visuelle de la cliente	A
02	Assurer l'intimité auditive de la cliente	B
03	Avant de commencer , expliquez les procédures à la cliente	C
04	(POUR NOUVELLE CLIENTE) Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	D
05	(POUR NOUVELLE CLIENTE) S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Avant de commencer, se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant	G
08	Avant de commencer, porter des gants en latex	H
09	Nettoyer le vagin et le col de l'uterus avec un désinfectant	I
10	Aucun	Y

PENDANT LA PROCEDURE

212	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS PENDANT LA PROCEDURE	
01	Exécuter un examen bimanuel de l'uterus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPANT L'ABDOMEN)	A
02	Réaliser l'examen au speculum avant l'examen bimanuel	B
03	Inspecter la muqueuse vaginale et le col de l'uterus en utilisant le spéculum et la lumière	C
04	Utiliser une pince de Pozzi	D
05	Mésurer la hauteur utérine avant d'insérer le DIU	E
06	Expliquer chacune des procédures ci-dessus	F
07	Utiliser la "technique de retrait" pour insérer le DIU	G
08	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	H
09	AUCUN	Y

APRES LA PROCEDURE

213	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	B
03	Demander à la cliente d'attendre et de se reposer 5 minutes après l'insertion du DIU	C
04	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	D
05	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure	E
06	AUCUN	Y

INTERACTION CLIENTE-PRESTATAIRE

214	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	A-t-il dit à la cliente que la méthode est efficace pendant 12 mois?	A
02	A-t-il conseillé à la cliente de retourner à l'institution `dans 3 `6 semaines après insertion ou après les premières règles?	B
03	A-t-il instruit la cliente de verifier régulièrement la présence du fil après chaque période des règles	C
04	A-t-il dit à la cliente qu'elle pourrait expérimenter des effets secondaires? (saignement abondant durant les premiers mois, gouttellette de sang, ou de légères douleurs abdominales)	D
05	A-t-il instruit à la cliente de retourner à l'institution si les effets secondaires persistent	E
06	A-t-il donné à la cliente une carte mentionnant la date de l'insertion et la date de la prochaine visite de suivi.	F
07	(SI RETRAIT DU DIU): Montrer le DIU qui a été retiré.	G
08	AUCUN	Y

8. LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES

215	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UNE INJECTION CONTRACEPTIVE A ÉTÉ DONNÉE ?	OUI 1 NON 2	→ 219
-----	--	----------------------------	-------

AVANT LA PROCEDURE

216	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE	
01	(POUR NOUVELLE CLIENTE) Reconfirmer avec la cliente le choix de la méthode	A
02	(POUR NOUVELLE CLIENTE) S'assurer que la cliente n'est pas enceinte	B
03	(ANCIENNE CLIENTE) Verifier la carte de la cliente pour s'assurer de donner l'injection à la date prévue.	C
04	Assurer l'intimité visuelle de la cliente	D
05	Assurer l'intimité auditive de la cliente	E
06	Avant de commencer, se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant	F
07	Preparer l'injection dans un espace avec une table ou un plateau propre pour y placer ce dont il a besoin	G
08	AUCUN	Y

PENDANT LA PROCEDURE

217	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS PENDANT LA PROCEDURE		
01	(S'IL UTILISE DU MATERIEL JETABLE) Utiliser une nouvelle seringue et une nouvelle aiguille d'un paquet sterile et scellé		A
02	Ouvrir un nouveau paquet de seringues et d'aiguilles		B
03	Retirer chaque fois l'aiguille du flacon à dose multiple		C
04	Remuer ou agiter le contenu du flacon avant de retirer la dose		D
05	Avant l'injection, nettoyer et secher à l'air libre le lieu de l'injection		E
06	Tirer le piston de la seringue en arrière avant d'injecter le produit		F
07	Après l'injection, permettre à la dose de se disperser toute seule au lieu de masser l'endroit de l'injection		G
08	Jeter les objets tranchants dans une boite de sécurité		H
09	AUCUN		Y
218	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ÉTÉ FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR FORMATION FOURNIES PAR CLIENTE NE SAIS PAS	1 2 8

9. INSERTION/RETRAIT D'IMPLANT

220	VERIFIEZ Q201 : DES IMPLANTS ONT-ILS ETE INSÉRÉS OU RETIRES ?	INSERTION D'IMPLANT RETRAIT D'IMPLANT AUCUN	A B Y	→ 301
-----	---	---	-------------	-------

AVANT LA PROCEDURE

221	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE		
01	(POUR NOUVELLE CLIENTE) Reconfirmer avec la cliente le choix de la méthode		A
02	(POUR NOUVELLE CLIENTE) S'assurer que la cliente n'est pas enceinte		B
03	Assurer l'intimité visuelle de la cliente		C
04	Assurer l'intimité auditive de la cliente		D
05	Avant de commencer, expliquer les procédures		E
06	Preparer les instruments avant la procédure		F
07	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau		G
08	Avant de commencer se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant		H
09	Mettre des gants stériles et maintenir la stérilité durant la procédure		I
10	AUCUN		Y

PENDANT LA PROCEDURE

222	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS PENDANT LA PROCEDURE	
01	Nettoyer la peau à l'endroit où l'incision sera faite avec un antiseptique	A
02	Utiliser un champ stérile pour protéger l'endroit de l'incision.	B
03	Utiliser une aiguille et une seringue nouvelles ou stérilisées pour l'anesthésie locale	C
04	Laisser à l'anesthésie locale le temps d'agir avant de faire l'incision	D
05	AUCUN	Y

APRES LA PROCEDURE

223	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	Jeter les objets tranchants dans une boîte de sécurité	A
02	Essuyer les surfaces souillées avec un désinfectant.	B
03	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure	C
04	Retirer les gants	D
05	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	E
06	Expliquer les soins de l'incision et le retrait du pansement	F
07	Discuter de la visite prochaine pour le retrait du pansement adhésif	G
08	Fournir à la cliente une carte mentionnant la date de l'insertion de l'implant et la date à laquelle il faudra l'enlever (après 3 à 5 ans).	H
09	AUCUN	Y

INTERACTION PATIENTE-PRESTATAIRE

224	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS	
01	Cliente informée que l'implant est efficace pendant 3-5 ans (NOMBRE D'ANNEES DEPEND DU TYPE D'IMPLANT)	A
02	Cliente informée sur des changements possibles du cycle mensuel et/ou autres effets secondaires.	B
03	Cliente informée sur d'autres effets secondaires non menstruels tels que nausée augmentation du poids ou tension mammaire	C
04	Cliente informée qu'elle doit retourner à l'institution si les effets secondaires persistent	D
05	(EN CAS DE RETRAIT): Montrer à la cliente chaque capsule d'implant retiré en la rassurant que tout a été retiré.	E
06	Fournir à la cliente une carte mentionnant la date de l'insertion de l'implant et la date à laquelle il faudra l'enlever.	F
07	AUCUN	Y

225	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ÉTÉ FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR SERVICE 1 FOURNIES PAR CLIENTE 2 NE SAIS PAS 8
-----	---	--

**10. STATUT DES CLIENTS DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE
A DEMANDER AU PRESTATAIRE APRES CONSULTATION**

APRÈS LA CONSULTATION, COMPLETEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES			
301	Quel était le statut de la cliente des services de PF au début de la consultation?	UTILISE 1 N'UTILISE PAS. A UTILISE ... 2 → 304 PAR LE PASSE N'UTILISE PAS ET, N'A ... 3 → 304 JAMAIS UTILISE INDETERMINE 8 → 304	
302	Quelle était la principale raison de cette visite pour la cliente?	REAPPROVISIONNEMENT SUIVI ROUTINIER 1 DISCUTER DE PROBLEME AVEC LA METHODE 2 DESIRE CHANGER METHODE (PAS DE PROBLEME) 3 DESIRE ARRETER PF (PAS DE PROBLEME) 4 DISCUTER AUTRE PRO- BLEME PHYSIQUE 5	
303	Quelle était l'issue de la visite? (POUR UTILISATRICE ACTUELLE)	A CONTINUE AVEC METHO. ACTUELLE 1 → 305 A CHANGE DE METHODE ... 2 → 305 CHANGERA DE METHODE NON RECUE AUJOURD'HUI CONTINUE AVEC METHODE ACTUELLE 3 → 305 CHANGERA DE METHODE NON RECUE AUJOURD'HUI ARRETE METHODE ACTUELLE 4 → 305 A DECIDE D'ARRETER D'UTILISER LA PF 5 → 306	
304	Quelle était l'issue de la visite? (SI PAS UTILISATRICE ACTUELLE)	ACCEPTE DE COMMENCER UNE METHODE 1 N'A PAS CHOISI UNE METHO. 2 → 306	
305	Est ce que la cliente est partie avec une méthode à utiliser? SI NON : INDIQUEZ LA RAISON POUR LAQUELLE ELLE N'A PAS REÇU DE MÉTHODE	OUI, A QUITTE AVEC UNE METHODE 1 NON, N'EST PAS EN STOCK ... 2 NON, NECESSITE UN RENDEZ-VOUS 3 NON, REPORTE POUR RAISON DE SANTE ... 4 NON, STATUT GROSSESSE INCERTAIN 5 AUTRE 6	
306	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ÉCRIT OU NON SUR LA CARTE OU DANS LE CARNET INDIVIDUEL DE LA CLIENTE APRÈS LA CONSULTATION.	OUI 1 NON 2 PAS DE CARNET INDIVIDUEL ... 3 NE SAIS PAS 8	
307	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	Commentaires de l'Observateur:		

MEASURE DHS - EVALUATION DES PRESTATIONS DE SERVICES DES SOINS DE SANTE

INTERVIEW DE SORTIE DE LA CLIENTE DE PLANIFICATION FAMILIALE

IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION SANITAIRE

	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">S</td> <td style="padding: 2px;">P</td> <td style="padding: 2px;">F</td> </tr> </table>	S	P	F		
S	P	F				
Nom de l'institution Sanitaire: _____						
Localisation de l'institution Sanitaire: _____						
NUMERO DE L'INSTITUTION SANITAIRE:	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE:	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					

INFORMATION SUR L'INTERVIEW

<p>DATE: _____</p> <p>Nom de l'enquêteur: _____</p>	<p>JOUR <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>MOIS <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ANNEE: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>CODE DE L'ENQUETEUR: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>CODE DU PATIENT: <table border="1" style="border-collapse: collapse; display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>					2	0	1								
2	0	1														

1. Informations Sur la Visite - PLANIFICATION FAMILIALE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
	<p>LIRE AU PATIENT: Bonjour, je suis _____ . Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons l'Intitut Haitienne de l'Enfance qui exécute une étude pour le ministère de la santé. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des institutions de santé.</p> <p>Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur la visite de planification familiale que vous venez d'effectuer.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez ultérieurement.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués. Ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission pour continuer l'entrevue ?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p>																		
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="4">ANNEE</td> </tr> </table>					2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE				
				2	0	1													
JOUR		MOIS		ANNEE															
100	Puis-je commencer l'entrevue?	OUI 1 NON 2	→ FIN																
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>:</td><td></td><td></td> </tr> </table>			:														
		:																	
102	ENREGISTREZ LE SEXE DU REpondant	MASCULIN..... 1 FEMININ..... 2																	
103	Faisiez-vous quelque chose pour éviter une grossesse avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 105																
104	Avez-vous utilisé une méthode de planification familiale ou avez-vous pris des mesures pour empêcher une grossesse à tout moment durant les 6 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 112																
105	Quelle est la (dernière) méthode que vous utilisiez ? SI DES CONDOMS ÉTAIENT UTILISES EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.	PILULE COMBINÉE..... A PILULE PROGEST. SEULE..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIÉ)..... C INJ. NORIGYNON (1MOIS)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I CONTRACEPTION D'URGENCE..... J METHODE DU COLLIER..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE)..... L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE)..... M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES)..... N ALLAITEMENT/MAMA..... O AUTRE _____ X (SPECIFIER)																	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
106	Le prestataire vous a-t-il demandé aujourd'hui si vous aviez (ou avez eu) un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	
107	Avez-vous eu un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 110
107A	Quels sont les problèmes que vous avez eus avec la méthode? INSISTER: Quel autre problème? ENCERCLEZ TOUT CE QUE LA PERSONNE MENTIONNE	NAUSEE A CEPHALEE B GOUTTELLETTE DE SANG C METRORRAGIE D AMENORRHEE E CRAMPES F HYPERMENORRHEE G INFECTION H REJET I OUBLI J AUTRE X PRECISER	
108	Avez-vous fait mention de ce problème au prestataire pendant la consultation?	OUI 1 NON 2	→ 110
109	Le prestataire vous a-t-il suggéré des actions que à entreprendre pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	
110	Quels étaient les résultats de cette visite -- avez-vous décidé de continuer (recommencer) la même méthode ou de changer de méthode ?	CONTINUER AVEC OU RECOMMEN. MEME. METH. ... 1 CHANGER DE METHODE 2 ARRETER UTILISATION (EN RAISON DE PROBLEMES) 3 ARRETER UTILISATION (PERSONNEL-PAS DE PROB.) 4	→ 201
111	Avez-vous pensé au changement de méthodes, et à quelle méthode avez-vous pensé, avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 113 → 115
112	Avez-vous pensé à la méthode de planification familiale que vous alliez utiliser avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 115
113	Quelle est cette méthode? SI LA CLIENTE MENTIONNE LES CONDOMS EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEULE..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I CONTRACEPTION D'URGENCE..... J METHODE DU COLLIER K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE)..... L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE)..... M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES)..... N ALLAITEMENT/MAMA..... O AUTRE X (SPECIFIER)	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
114	Le prestataire vous a-t-il parlé des méthodes que vous venez de mentionner?	OUI 1 NON 2	
115	De quelles (autres) méthodes de planification familiale le prestataire vous a-t-il parlé? ENCERCLEZ TOUTES LES METHODES MENTIONNEES	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEULE..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I CONTRACEPTION D'URGENCE..... J METHODE DU COLLIER METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE)..... L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE)..... M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES)..... N ALLAITEMENT/MAMA..... O AUTRE X (SPECIFIER)	
116	Quelle méthode de planification familiale avez-vous reçue ou pour laquelle vous avez obtenu une prescription ou une référence ? ENCERCLEZ TOUTES LES MÉTHODES QUE LA CLIENTE A REÇUES OU POUR LESQUELLES ELLE A EU UNE PRESCRIPTION OU UNE RÉFÉRENCE. SI LA CLIENTE CONTINUE D'UTILISER UNE MÉTHODE ANTÉRIEURE ET N'A RECU NI MÉTHODE, NI PRESCRIPTION, NI RÉFÉRENCE A CETTE VISITE, ENCERCLEZ LE CODE "Y". VÉRIFIEZ LE PAQUET OU LA PRESCRIPTION POUR CONFIRMER LE TYPE DE PILULE OU D'INJECTION	PRES REC PILULE COMBINEE..... A A PILULE PROGEST. SEULE..... B B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C C INJ. NORIGYNON (1M)..... D D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E E CONDOM MASCULIN..... F F CONDOM FEMININ..... G G DIU..... H H IMPLANT..... I I CONTRACEPTION D'URGENCE..... J J METHODE DU COLLIER K K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE)..... L L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE)..... M M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES)..... N N ALLAITEMENT/MAMA..... O O AUTRE X X (SPECIFIER) CONTINUATION DE LA METHODE DANS Q105..... Y Y PAS DE METHODE..... Z Z	↓ 201
117	Pendant votre consultation, le prestataire a-t-il :	OUI NON NSP	
01	Expliqué comment utiliser la méthode?	COMMENT UTILISER 1 2 8	
02	Parlé des effets secondaires possibles?	PARLE EFF. SECOND. 1 2 8	
03	Dit ce que vous devez faire si vous avez des problèmes ?	QUE FAIRE PROBLEME 1 2 8	
04	Dit quand vous devez revenir pour le suivi ?	DIT QUAND REVENIR 1 2 8	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
118	MARQUEZ CI-DESSOUS LA MÉTHODE ENCERCLÉE A LA QUESTION 116. PUIS, POSEZ A LA CLIENTE LA QUESTION LIÉE À CETTE MÉTHODE.		
A	PILULE (N'IMPORTE LAQUELLE)	Combien de fois prenez-vous la pilule?	UNE FOIS PAR JOUR..... 1 AUTRE 2 NSP 8
B	CONDOM (MASCULIN)	Combien de fois pouvez-vous utiliser un condom ?	UNE FOIS 1 AUTRE 2 NSP 8
C	CONDOM (FEMININ)	Combien de fois pouvez-vous utiliser un condom ?	UNE FOIS 1 AUTRE 2 NSP 8
D	DIU	Que devrez-vous faire pour vous assurer que votre DIU est bien en place?	VERIFIER LE FIL 1 AUTRE 2 NSP 8
E	PROGESTIN INJECTABLE (EX. DEPO-PROVERA 2-3 MOIS)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	2-3 MOIS 1 AUTRE 2 NSP 8
F	INJECTABLE MENSUEL (NORIGYNON)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	1 MOIS..... 1 AUTRE 2 NSP 8
G	IMPLANT	Quelle est la durée de pro- tection de votre implant contre la grossesse?	3-7 ANS 1 AUTRE 2 NSP 8
H	METHODE NATURELLE (RYTHME/ CONTINENCE PERIODIQUE)	Comment reconnaissez- vous les jours où vous ne devriez pas avoir de rapports sexuels ?	ELEVATION DE LA TEMPERATURE CORPORELLE A GLAIRE CERVICALE B 12 EME AU 16 EME JOURS DU CYCLE MENSTRUEL C JOURS DES PERLES BLANCHES DU COLLIER/ 8 AU 19 EME JOURS DU CYCLE MENSTRUEL..... D AUTRE X NSP Z
I	VASECTOMIE [section obsv. Demandez si le prestataire a conseillé sur le faible risque]	Après avoir été stérilisé, (et après les 3 premiers mois), pouvez-vous encore rendre une femme enceinte?	OUI,ABSOLUMENT..... 1 OUI, FAIBLE RISQUE SEULEMENT 2 NON..... 3 NSP..... 8
J	LIGATURE DES TROMPES [section obsv. Demandez si le prestataire a conseillé sur le faible risque]	Après avoir été stérilisée, pouvez-vous devenir enceinte?	OUI, ABSOLUMENT 1 OUI, FAIBLE RISQUE SEULEMENT 2 NON 3 NSP..... 8
K	MAMA	Pouvez- vous utiliser cette methode s'il y a apparition des règles?	OUI 1 NON 2 NSP..... 8
119	Votre méthode protège-t-elle contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA ?		OUI 1 NON 2 NSP..... 8

→ 201

2. Satisfaction de la cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A												
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services de planification familiale.</p>															
201	<p>Combien de temps avez-vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?</p>	<p>MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NSP 998</p>													
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p>														
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">PAS DE PROB-LEME</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">GRAND</th> <th style="text-align: center;">PETIT</th> <th style="text-align: center;">LEME</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	PAS DE PROB-LEME				GRAND	PETIT	LEME	NSP	1	2	3	8	
PAS DE PROB-LEME															
GRAND	PETIT	LEME	NSP												
1	2	3	8												
01	Le temps d'attente														
02	La capacité de discuter avec le prestataire des problèmes ou des soucis concernant n'importe quelle méthode de PF														
03	La quantité d'explications que vous avez reçue au sujet de n'importe quel problème ou souci concernant la PF.														
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée.														
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.														
06	La disponibilité des médicaments ou des méthodes de planification familiale dans l'établissement														
07	Les heures de service de cet établissement														
08	Le nombre de jours de fonctionnement par semaine de l'institution														
09	La propreté de l'établissement														
10	Le comportement du personnel à votre égard														
11	Le coût des services de PF														
203	<p>Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous une partie ou la totalité des services que vous recevez dans cet établissement ou dans tout autre établissement?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>													
204	<p>Vous a-t-on demandé de payer, ou avez-vous payé une certaine somme pour les services reçus aujourd'hui ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>→ 206</p>												

205	Quel est le montant total (en Gourdes) que vous avez payé pour tous les services de PF que vous avez reçus dans cet établissement aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (EN GOURDES) NSP 999998	
206	Est-ce que cette institution est l'établissement de santé le plus proche de chez vous ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à l'établissement le plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDER POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	HEURES DE FONCTIONNEMENT PAS COMMODES 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER DANS L'ANONYMAT 05 C'EST PLUS CHER 06 A ETE REFEREE 07 AUTRE 96 NSP 98	
208	En general, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services recus ou fournis dans cette institution aujourd'hui. LIRE TOUTES LES ATTESTATIONS, CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 3		
209	Pourriez-vous recommander cette institution de santé à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI 1 NON 2 NSP 8	

3. Caractéristiques Personnelles de la Cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP. 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint?	PRIMAIRE. 1 POST-PRIMAIRE/VOCATIONEL. . . 2 SECONDAIRE. 3 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE. 4 .	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE 1 OUI, LIRE SEULEMENT 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
	<p>Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !</p>		
<p>Commentaires de l'enquêteur:</p>			

MEASURE DHS - ÉVALUATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

1. Identification de l'institution sanitaire

TYPE DE QUESTIONNAIRE	O	E	M
Nom de l'institution sanitaire: _____			
Localisation de l'institution sanitaire: _____			
NUMÉRO DE L'INSTITUTION			

2. Information sur le Prestataire

<p><u>Catégorie de Prestataire:</u></p> <p>MEDECIN GENERALISTE 01</p> <p>CHIRURGIEN GENERALISTE 02</p> <p>MEDECIN SPECIALISTE 03</p> <p>TECHNICIEN DE LABORATOIRE (Y COMPRIS BIOLOGISTE, TECHNICIEN BIO-MEDICAL ET TECHNOLOGIST MEDICAL) 04</p> <p>TECHNICIEN DE RADIOLOGIE 05</p> <p>TECHNICIEN EN IMAGERIE MEDICALE 06</p> <p>INFIRMIER (E) [Y COMPRIS INFIRMIER DE LIGNE, EN SANTE COMMUNAUTAIRE, ANESTHESISTE, SALLE D'OPERATION] 07</p> <p>INFIRMIERE SAGE FEMME 08</p> <p>AUXILIAIRE INFIRMIER/E 09</p> <p>TECHNICIEN DE LABORATOIRE DENTAIRE 12</p> <p>HYGIENISTE DENTAIRE 13</p> <p>AUXILIAIRE DENTAIRE 14</p> <p>AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE [Y COMPRIS COLLABORATRICE VOLONTAIRE, AGENT COMMUNAUTAIRE POLYVALENT] 15</p> <p>QUALIFICATION NON TECHNIQUE 95</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="text-align: center;">SPECIFIER</p>	<p>CATÉGORIE PRESTATAIRE</p> <table style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>		
SEXE DU PRESTATAIRE: (1=Masculin; 2=Féminin)	SEXE DU PRESTATAIRE <table style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-table;"></table>		
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]	NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE <table style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"></table>		

3. Information sur l'Observation

<p>Date:</p> <p>Nom de l'observateur: _____</p> <p>Code du (de la) Client(e):</p>	<p>JOUR <table style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-table;"></table></p> <p>MOIS <table style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-table;"></table></p> <p>ANNÉE <table style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>CODE OBSERVATEUR <table style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"></table></p> <p>CODE CLIENT(e) <table style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"></table></p>	2	0	1	
2	0	1			

4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A												
AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DU (DE LA) CLIENT(E). ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ÊTES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ÊTES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.															
<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente l'Institut Haïtienne de l'Enfance qui exécute une étude pour le Ministère de la Santé Publique. Nous faisons une enquête auprès des institutions sanitaires en Haïti dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec ce(tte) client(e) afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le [MINISTERE DE LA SANTE] ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-right: 50px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="2">ANNÉE</td> </tr> </table> </div> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>						2	0	1		JOUR		MOIS		ANNÉE	
		2	0	1											
JOUR		MOIS		ANNÉE											
100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	→ FIN												
<p>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente l'IHE qui exécute une étude pour le Ministère de la Santé Publique. Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au [PAYS]. Jevoudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette institution.</p> <p>Nous ne sommes pas entrain d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou l'institution en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre visite c'est de manière complètement volontaire et que vous acceptiez de participer ou non n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation ?</p> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>															
101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR L'ACCOMPAGNATEUR.	OUI 1 NON 2	→ FIN												
102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
103	EST-CE CECI LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI 1 NON 2													
104	INDIQUEZ LE SEXE DE L'ENFANT.	MASCULIN 1 FEMININ 2													

5. INTERACTION ENTRE LE PRESTATAIRE ET L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
HISTOIRE DU CLIENT		
105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ QUE L'ENFANT A EU L'UN OU L'AUTRE DES SYMPTOMES PRINCIPAUX SUIVANTS	
01	fièvre	A
02	Toux ou respiration difficile (ex. une respiration rapide ou tirage sous-costal)	B
03	Diarrhée	C
04	Douleur ou écoulement à l'oreille	D
05	Aucun des symptômes ci-dessus	Y
106	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ L'UN OU L'AUTRE DES SIGNES GÉNÉRAUX DE DANGER SUIVANTS	
01	Enfant est incapable de boire ou de téter	A
02	Enfant vomit tout	B
03	Enfant a eu des convulsions avec cette maladie	C
04	Aucun des signes ci-dessus	Y
107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A EVALUE LES SYMPTOMES D'UNE SUSPICION D'UNE INFECTION PAR LE VIH EN DEMANDANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES:	
01	Le statut sérologique de la mère	A
02	Une tuberculose chez l'un des parents dans les 5 dernières années	B
03	Deux ou plusieurs épisodes de diarrhée chez l'enfant, durant chacune 14 jours ou plus	C
04	Aucune des choses ci-dessus	Y

EXAMENS PHYSIQUES

108	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRES SUR L'ENFANT MALADE	
01	Pris la température de l'enfant en utilisant un thermomètre	A
02	Touché l'enfant pour sentir la chaleur du corps/ fièvre	B
03	Compté le rythme respiratoire	C
04	Ausculté l'enfant (appliquer le stéthoscope sur sur la poitrine) ou compter les pulsations	D
05	Examiné la peau pour voir s'il y a déshydratation ou non (ex. pincer la peau de l'abdomen)	E
06	Vérifié la pâleur des paumes	F
07	Vérifié la pâleur de la conjonctive ou l'intérieur de la bouche	G
08	Vérifié l'intérieur de la bouche et la gorge (également pour la candidose buccale)	H
09	Vérifié la raideur de nuque	I
10	Regardé dans l'oreille de l'enfant	J
11	Vérifié derrière l'oreille de l'enfant	K
12	Déshabillé l'enfant pour l'examiner (des épaules aux chevilles)	L
13	Pressé les deux pieds pour vérifier la présence d'oedème	M
14	Pesé l'enfant	N
15	Enregistré le poids sur la courbe de croissance	O
16	Comparé le poids de l'enfant au poids de référence	P
17	Vérifié l'existence des ganglions lymphatiques dans 2 ou plusieurs des sites suivants: cou, les aisselles, l'aîne	Q
18	Aucun des examens ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

AUTRES EXAMENS

109	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU PROCEDE OU NON A D'AUTRES EXAMENS RELATIFS A LA SANTE DE L'ENFANT EN FAISANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES:	
01	Offert à l'enfant quelque chose à boire ou demandé à la mère de mettre l'enfant au sein SI L'ENFANT BOIT OU PREND LE SEIN PENDANT LA VISITE, CECI COMPTE EN TANT QUE « OUI »	A
02	Interrogé sur les habitudes alimentaires ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	B
03	Interrogé sur les habitudes d' allaitement ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	C
04	Interrogé sur des pratiques alimentaires ou d'allaitement de l'enfant pendant cette maladie	D
05	Mentionné le poids ou la croissance de l'enfant à l'accompagnateur, ou discuté la courbe de croissance	E
06	Regardé la carte de vaccination de l'enfant ou interrogé l'accompagnateur au sujet des vaccinations	F
07	Demandé si l'enfant a reçu de la vitamine A durant les 6 derniers mois	G
08	Regardé la carte de santé de l'enfant avant de commencer la consultation, ou tout en rassemblant les informations de l'accompagnateur, ou en examinant l'enfant CE DOCUMENT PEUT ÊTRE UNE CARTE DE VACCINATION OU AUTRE CARTE DE SANTÉ	H
09	A écrit sur la carte santé de l'enfant	I
10	Demandé si l'enfant a reçu un médicament de déparasitage dans les 6 derniers mois	J
11	Aucun des examens ci-dessus	Y

CONSEILS A L'ACCOMPAGNATEUR

110	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Fourni des informations générales sur l'alimentation ou l'allaitement de l'enfant même lorsqu'il n'est pas malade	A
02	Dit à l'accompagnateur de donner des liquides supplémentaires à l'enfant pendant cette maladie	B
03	Dit à l'accompagnateur de continuer d'alimenter l'enfant pendant cette maladie	C
04	Dit à l'accompagnateur que l'enfant a telle maladie	D
05	Décrit les signes et/ou les symptômes pour lesquels l'enfant devrait être immédiatement ramené à l'institution.	E
06	Utilisé une aide visuelle pour éduquer l'accompagnateur	F
07	Aucun des conseils ci-dessus	Y

DES CONSEILS SUPPLEMENTAIRES

111	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES IL S'AGIT UNIQUEMENT DES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR DONNERA A L'ENFANT A LA MAISON ET NE COMPREND PAS DE MÉDICAMENT DONNÉ A L'ENFANT PENDANT LA CONSULTATION (EX. SRO OU ANTIDOULEURS) POUR UN TRAITEMENT IMMÉDIAT DES SYMPTÔMES.	
01	Prescrit ou fourni des médicaments par voie orale pendant ou après la consultation	A
02	Expliqué la façon d'administrer un traitement oral	B
03	Demandé à l'accompagnateur de répéter les instructions pour l'administration de médicaments à la maison	C
04	A donné la première dose du traitement oral	D
05	Discuté de la visite de suivi de l'enfant malade	E
06	Aucun des conseils ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

RÉFÉRENCES ET HOSPITALISATION

112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES		
01	ADMINISTRER LES SOINS D'URGENCE AVANT DE REFERER L'ENFANT		
02	RECOMMANDÉ QUE L'ENFANT SOIT HOSPITALISÉ URGEMMENT (C.À.D. ADMIS A L'HÔPITAL OU RÉFÉRÉ À UN AUTRE HÔPITAL)	A	
03	RÉFÉRÉ L'ENFANT À UN AUTRE PRESTATAIRE AU SEIN DE L'INSTITUTION POUR D'AUTRES SOINS	B	
04	RÉFÉRÉ L'ENFANT POUR UN TEST EN LABORATOIRE AU SEIN DE L'INSTITUTION OU EN DEHORS DE L'INSTITUTION	C	
05	EXPLIQUÉ LA RAISON DE LA RÉFÉRENCE	D	
06	A DONNÉ UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À L'ACCOMPAGNATEUR	E	
07	EXPLIQUÉ OÙ (OU CHEZ QUI) ALLER	F	
08	LE PRESTATAIRE A EXPLIQUÉ QUAND ALLER POUR LA RÉFÉRENCE	G	
08	RIEN DE CE QUI EST CI-DESSUS	Y	
113	QUEL A ÉTÉ LE RÉSULTAT DE LA CONSULTATION? [L'OBSERVATION PREND FIN A CE POINT]	TRAITÉ ET RENVOYÉ CHEZ LUI. . . 1 ENFANT RÉFÉRÉ CHEZ PREST-ATAIRE, MÊME INSTITUTION. . . . 2 ENFANT ADMIS, MÊME INSTITUTION. 3 ENFANT ENVOYÉ AU LABO. 4 ENFANT RÉFÉRÉ À UNE AUTRE INSTITUTION. 5	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

6. DIAGNOSTIC

<p>DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE VOUS DIRE LE DIAGNOSTIC POUR L'ENFANT MALADE. SI LA DESHYDRATATION ETAIT DIAGNOSTIQUEE, DEMANDEZ SI ELLE ETAIT GRAVE, MODERE, OU LEGERE ET NOTEZ LA REponse APPROPRIEE. POUR TOUT AUTRE DIAGNOSTIC, ENCERCLEZ LE DIAGNOSTIC FAIT.</p>		
DIAGNOSTIC (OU SYMPTOME PRINCIPAL, SI AUCUN DIAGNOSTIC)		
201	<p>DESHYDRATATION</p> <p>DESHYDRATATION SEVERE..... 1 DESHYDRATATION MODEREE..... 2 DESHYDRATATION LEGERE..... 3 AUCUN DES SYMPTOMES CI-DESSUS/PAS DESHYDRATATION..... 4</p>	
202	<p>SYSTEME RESPIRATOIRE</p> <p>PNEUMONIE / BRONCHO-PNEUMONIE..... A SPASME BRONCHIQUE/ASTHME..... B INFECTION RESPIRATOIRE SUPERIEURE (IRS)/INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE (IRA)..... C MALADIE RESPIRATOIRE, DIAGNOSTIC INCERTAIN..... D TOUX, DIAGNOSTIC INCERTAIN..... E AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS..... Y</p>	
203	<p>SYSTEME DIGESTIF / INTESTINAL</p> <p>DIARRHEE..... A DYSENTERIE..... B AMIBIASE..... C AUTRES DIAGNOSTICS DIGESTIFS / INTESTINAUX (PRECISEZ)..... X AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS..... Y</p>	
204	<p>MALARIA</p> <p>MALARIA (DIAGNOSTIC PAR SYMPTOMES)..... 1 MALARIA (DIAGNOSTIC PAR TEST MICROSCOPIQUE)..... 2 MALARIA (DISGNOSTIC PAR TEST RAPID)..... 3 AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS..... 4</p>	
205	<p>FIEVRE/ROUGEOLE</p> <p>FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE..... 1 ROUGEOLE SANS COMPLICATIONS..... 2 ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS (EX. BOUCHE / YEUX)..... 3 LA FIEVRE TYPHOIDE..... 4 INFECTION URINAIRE..... 5 SEPTICEMIE..... 6 MENINGITE..... 7 AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS..... 8</p>	
206	<p>L'OREILLE</p> <p>MASTOIDITE..... A INFECTION AIGUE DE L'OREILLE..... B INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE..... C AUTRE INFECTION DE L'OREILLE..... X AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS..... Y</p>	
207	<p>LA GORGE</p> <p>ENDOLORIE/PHARYNGITE..... 1 AUTRE DIAGNOSTIC POUR GORGE (SPECIFIEZ)..... 2 AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS..... 3</p>	
208	<p>AUTRE DIAGNOSTIC</p> <p>ABCES..... A CONJUNTIVITE BACTERIENNE..... B MALADIES DE LA PEAU..... C AUTRE DIAGNOSTIC (SPECIFIEZ)..... X PAS D'AUTRE DIAGNOSTIC..... Y</p>	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

7. TRAITEMENT

DEMANDEZ A PROPOS DU TRAITEMENT QUI A ETE PRESCRIT OU FOURNI. INSISTEZ SI NECESSAIRE		
209	Avez-vous prescrit un traitement aujourd'hui pour cet enfant? SI OUI, ENCERCLEZ TOUS LES TRAITEMENTS QUI ONT ETE PRESCRITS OU FOURNIS A L'ENFANT AUX QUESTIONS CI-APRES	OUI..... 1 NON.....2 → 215
210	TRAITEMENT GENERAL	
01	INJECTION DEBENZATHINE PENICILLINE	A
02	INJECTION D'AUTRE ANTIBIOTIQUE	B
03	AUTRE INJECTION	C
04	CO-TRIMOXAZOLE COMPRIMES	D
05	CO-TRIMOXAZOLE SIROP	E
06	CAPSULES D'AMOXICILLINE	F
07	AMOXICILLINE SIROP	G
08	AUTRE ANTIBIOTIQUE COMPRIMES/SIROP	H
09	PARACETAMOL	I
10	AUTRES ANTIPYRETIQUES	J
11	ZINC	K
12	VITAMINES (AUTRES QUE LA VITAMINE A)	L
13	SIROPS CONTRE LA TOUX/AUTRES MEDICAMENTS	M
14	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y
211	RESPIRATOIRE	
01	NEBULISEUR OU INHALATEUR	A
02	BRONCHODILATATEUR INJECTABLE (EX.ADRENALINE)	B
03	BRONCHODILATATEUR ORAL	C
04	OREILLE SECHEE PAR DES APPLICATEURS	D
05	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y
212	MALARIA	
01	QUININE INJECTABLE	A
02	AUTRES INJECTABLES ANTIMALARARIQUES (EX, FANSIDAR)	B
03	FANSIDAR ORAL (PYRIMETHAMINE SULFA)	C
04	CHLOROQUINE ORALE	D
05	PRIMAQUINE ORALE	E
06	MEFLOQUINE ORALE	F
07	AUTRE ANTIMALARARIQUE ORAL	G
08	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
213	DESHYDRATATION	
01	SRO MAISON (PLAN A)	A
02	SRO INITIAL DANS L'INSTITUTION (4 HEURES - PLAN B)	B
03	SERUMS INTRAVEINEUX (PLAN C)	C
04	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y
214	AUTRE TRAITEMENT & CONSEILS	
01	VITAMINE A (PEUT AUSSI ETRE POUR L'IMMUNISATION)	A
02	CONSOMMER DES ALIMENTS SOLIDES	B
03	PRENDRE DES LIQUIDES SUPPLEMENTAIRES	C
04	PRENDRE DU LAIT MATERNEL	D
05	PRESCRIT / DONNE COMPRIMES VERMIFUGES	E
06	TOUT AUTRE TRAITEMENT _____	X
07	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y

DEMANDEZ AU PRESTATAIRE

215	Est-ce la première visite de [NOM] à cette institution pour cette maladie, ou est-ce une visite de suivi?	PREMIÈRE VISITE 1 SUIVI 2 NE SAIT PAS 8	
216	Avez-vous vacciné l'enfant au cours de cette visite ou référé l'enfant pour la vaccination aujourd'hui mise à part la Supplémentation en VITAMINE A? SI NON: POURQUOI ?	OUI, A VACCINE ENFANT. 1 OUI, A REFERE 2 NE MANQUE PAS DE VACCIN A COMPLETE VACCINATIONS 3 VACCIN NON DISPONIBLE. 4 ENFANT TROP MALADE. 5 CE N'EST PAS LE JOUR DE LA VACCINATION 6 N'A PAS VERIFIE POUR LA VACCINATION 7	
217	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION.	<input type="text"/> : <input type="text"/>	
Commentaires de l'Observateur:			

MEASURE DHS - EVALUATION DES PRESTATIONS DE SERVICES

Interview de Sortie de l'Accompagnateur de l'Enfant Malade

1. Identification de l'institution Sanitaire

Nom de l'institution sanitaire: _____	TYPE DE QUESTIONNAIRE.....	<table border="1"><tr><td>X</td><td>E</td><td>M</td></tr></table>	X	E	M		
X	E	M					
Adresse de l'institution sanitaire: _____							
NUMERO DE L'INSTITUTION SANITAIRE		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE.....		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>					

2. Informations Sur l'Interview

Date: _____	JOUR	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	MOIS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	ANNEE	<table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td></tr></table>	2	0	1	
2	0	1				
Nom de l'enquêteur _____	CODE DE L'ENQUETEUR	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
	CODE DU (DE LA) CLIENT(E).....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A														
	<p>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR: Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons l'Institut Haïtienne de l'Enfance qui exécute une étude pour le ministère de la santé. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des institutions de santé. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre expérience en rapport aux services qui a été offert à l'enfant que vous avez accompagné d'aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez ultérieurement.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués. Ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission pour continuer l'entrevue ?</p>																
	<p>Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td colspan="5">ANNEE</td> </tr> </table>					2	0	1	JOUR	MOIS	ANNEE					
				2	0	1											
JOUR	MOIS	ANNEE															
100	Puis-je commencer l'entrevue?	CLIENT ACCEPTE 1 CLIENT REFUSE 2	→ FIN														
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW.....	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>:</td><td></td><td></td> </tr> </table>			:												
		:															
102	Quel est le nom de l'enfant malade?	NOM _____															
AGE DE L'ENFANT																	
103	En quel jour, mois et année est né [NOM]?	JOUR <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS JOUR 98 MOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS MOIS..... 98 ANNEE..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ANNEE..... 9998															
104	INSCRIRE L'AGE DE L'ENFANT EN MOIS REVOLUS	AGE EN MOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS MOIS..... 98															
SIGNES ET SYMPTOMES DE LA MALADIE ACTUELLE																	
105	[NOM] avait-il(elle) eu de la fièvre au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux jours passés?	OUI 1 NON 2 NSP 8															
106	[NOM] a-t-il fait une convulsion au cours de cette maladie?	OUI 1 NON 2 NSP 8															
107	[NOM] a-t-il(elle) eu une toux ou des difficultés à respirer?	OUI 1 NON 2 NSP 8															
108	[NOM] peut-il(elle) boire, manger ou têter?	OUI 1 NON 2 NSP 8															
109	[NOM] a-t-il(elle) tout vomi après avoir mangé ou têter au cours de cette maladie?	OUI 1 NON 2 NSP 8															

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A		
110	[NOM] avait-il(elle) passé des selles liquides et tres abondantes au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux derniers jours?	OUI 1 NON 2 NSP 8			
111	[NOM] dort-t-il(elle) trop au cours de cette maladie?	OUI 1 NON 2 NSP 8			
112	Pour quelle autre raison avez-vous amene [NOM] dans cette institution de sante aujourd'hui? INSISTEZ : QUOI D'AUTRE ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PROBLEMES AUX OREILLES A AFFECTION DE LA PEAU B BLESSURE C AUTRES _____ X SPECIFIER PAS D'AUTRE RAISON Y			
113	[NOM] a-t-il(elle) deja ete(e) amene(e) dans cette institution avant cette maladie? SI OUI, DEMANDEZ Quand avez-vous amene [NOM] dans cette institution pour la derniere fois avant cette maladie?	AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE 1 AU COURS DES 2-4 SEMAINES PASSEES 2 IL Y A PLUS DE 4 SEMAINES 3 NON 4 NSP 5			
114	Depuis combien de jours la maladie pour laquelle vous avez amene [NOM] aujourd'hui a commence? SI MOINS D'UN JOUR, METTEZ 00	NBRE JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NSP 98			
INFORMATION FOURNIE A L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT					
115	Est-e que le prestataire vous a dit de quelle maladie souffrait [NOM]?	OUI 1 NON 2 NSP 8			
116	Que feriez vous si [NOM] ne guérit pas ou son etat s'aggrave.	RETOURNER A L'INSTITUTION 1 ALLER A L'AUTRE INSTITUTION 2 ALLER CHEZ UN AUTRE PRESTATAIRE OU PHARMACIE 3 ALLER CHEZ LE GUERRISSEUR TRADITIONNEL 4 RIEN, ATTENDRE SEULEMENT 5 NE SAIT PAS 8			
117	Le prestataire vous a-t-il parlé au sujet de signes ou symptômes que vous pouvez voir et pour lesquels vous devez immédiatement ramener l'enfant ? SI NECESSAIRE, INSISTEZ : Y a-t-il de sérieux symptômes ou signes de danger pour lesquels on vous a dit de ramener [NOM] immédiatement ? ENCERCLEZ LE SYMPTÔME ÉNUMÉRÉ SI L'ACCOMPAGNATEUR COMPREND QUE L'ENFANT DEVRAIT ÊTRE RAMENE SI LE SYMPTÔME NE DISPARAIT PAS OU L'ETAT S'AGGRAVE.	FIEVRE..... A PROBLEMES RESPIRATION..... B DEVIENT PLUS MALADE..... C SANG DANS LES SELLES..... D VOMISSEMENT..... E FAIBLE/NE MANGE PAS..... F FAIBLE/NE BOIT PAS..... G AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON, AUCUN..... Y NE SAIT PAS..... Z			
118	Le prestataire vous a-t-il dit quelque chose sur le fait qu'il faut ramener [NOM] de nouveau à l'institution sanitaire pour le suivi ou s'il n'y a pas d'urgence? SI OUI: Pourquoi devriez-vous revenir ?	PLUS DE MEDICAMENTS..... A SI SYMPTOMES OU L'ETAT S'AGGAVE..... B RENDEZ-VOUS DE SUIVI..... C ENFANT ADMIS..... D VACCINATION ROUTINIÈRE..... E AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON..... Y NE SAIT PAS..... Z			

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
TRAITEMENT ET APTITUDE DE L'ACCOMPAGNATEUR A SUIVRE LES INSTRUCTIONS			
119	Le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments pour [NOM] à prendre à la maison ?	OUI, A DONNE MEDICAMENTS..... 1 OUI, A DONNE PRESCRIPTION..... 2 A DONNE MEDICAMENTS ET PRESCRIPTION..... 3 NON..... 8	→ 124
120	DEMANDEZ À VOIR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR A REÇUS ET TOUT CE QUI EST SIMPLEMENT PRESCRIT SUR LES ORDONNANCES ET NON EXECUTE. ENCERCLEZ LA RÉPONSE DÉCRIVANT LES MÉDICAMENTS ET PRESCRIPTIONS QUE VOUS VOYEZ.	A TOUS LES MEDICAMENTS..... 1 A CERTAIN. MEDS, CERTAINES PRESCRIP. NON EXECUTEES..... 2 AUCUN MÉDICAMENT VU, DES PRESCRIP. SEULEMENT..... 3	
121	Est-ce que le prestataire dans l'institution sanitaire vous a expliqué comment donner ces médicaments à [NOM] à la maison ? SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
122	Est-ce que vous êtes sûr de la façon d'administrer ces médicaments ; en d'autres termes, combien vous allez donner à [NOM] de chacun de ces médicaments par jour ? SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
123	Est-ce qu'une dose de l'un quelconque de ces médicaments a déjà été donnée à [NOM] ici même au service ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
124	Est-ce que [NOM] a reçu une injection aujourd'hui, ici même, pour traiter la maladie ? SI NON, VERIFIEZ LES PRESCRIPTIONS ET ENREGISTREZ S'IL Y A UNE PRESCRIPTION POUR UNE INJECTION.	OUI, RECU INJECTION..... 1 OUI, RECU PRESCRIPTION POUR INJECTION..... 2 NON..... 3 NE SAIT PAS..... 8	
125	Est-ce que quelqu'un de la formation sanitaire a pesé [NOM] aujourd'hui ?	OUI..... 1 NON..... 2	
126	Est-ce que quelqu'un vous a parlé aujourd'hui au sujet du poids de [NOM] et comment [NOM] se développe ?	OUI..... 1 NON..... 2	
127	Est-ce qu'un prestataire vous a interrogé aujourd'hui au sujet des types de nourritures et des quantités que vous donnez normalement à [NOM] quand il n'est pas malade ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER.. 8	
128	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit au sujet des aliments solides à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 6 PAS CERTAIN..... 8	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
129	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit au sujet des liquides ou du lait maternel (si l'enfant est allaité) à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 6 NE SAIT PAS..... 8	
130	Est-ce qu'un vaccin a été donné à [Nom] aujourd'hui?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
131	Avez-vous la carte de vaccination de [NOM] avec vous?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134
132	DEMANDEZ A VOIR LA CARTE DE VACCINATION DE L'ENFANT. INDIQUEZ SI LA CARTE PROUVE QUE L'ENFANT A ÉTÉ VACCINÉ AUJOURD'HUI.	OUI..... 1 NON..... 2	
REFERENCE			
134	Est-ce que le prestataire vous a dit d'aller à une autre institution sanitaire, chez un autre prestataire, ou pour un test en laboratoire pour davantage de soins pour votre enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 136
135		OUI NON NSP	
01	Est-ce qu'on vous a donné un papier ou une note pour cette référence ?	1 2 8	
02	Est-ce qu'on vous a dit où aller pour la référence ?	1 2 8	
03	Est-ce qu'on vous a dit qui voir pour la référence ?	1 2 8	
04	Est-ce qu'on vous a dit pourquoi vous devez aller pour la référence ?	1 2 8	
136	Avez-vous vu un autre prestataire de santé ou un guérisseur traditionnel avant de venir ici ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE.	OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS CETTE INSTITUTION A OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS UNE AUTRE INSTITUTION..... B OUI, GUERISSEUR TRADITIO..... C NON..... Y	

2. Satisfaction de l'accompagnateur de l'enfant malade

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A					
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services de consultation d'Enfant Malade.</p>								
201	<p>Combien de temps avez-vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation de l'enfant malade?</p>	<p>MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NSP 998</p>						
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clients rencontrent dans les institutions sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p>							
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">GRAND</td> <td style="text-align: center;">PETIT</td> <td style="text-align: center;">PAS DE PROB- LEME</td> <td style="text-align: center;">NSP</td> </tr> </table>		GRAND	PETIT	PAS DE PROB- LEME	NSP	
	GRAND	PETIT	PAS DE PROB- LEME	NSP				
01	Le temps d'attente	1	2	3	8			
02	La Capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant la maladie de l'enfant avec le prestataire	1	2	3	8			
03	La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de n'importe quel problème ou traitement.	1	2	3	8			
04	L'intimité par rapport à d'autres qui regardaient l'enfant au cours de la consultation	1	2	3	8			
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutaient votre discussion relative à la consultation.	1	2	3	8			
06	La disponibilité des médicaments ou des produits pour la prise en charge de l'enfant malade dans l'établissement	1	2	3	8			
07	Les heures de service dans cet établissement	1	2	3	8			
08	Le nombre de jours de fonctionnement par semaine	1	2	3	8			
09	La propreté de l'établissement	1	2	3	8			
10	Le comportement du personnel à votre égard	1	2	3	8			
11	Le coût des services ou du traitement	1	2	3	8			
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous une partie ou la totalité des services que vous recevez dans cet établissement ou tout autre établissement?	<p>OUI. 1 NON 2 NSP..... 8</p>						
204	Vous a-t-on demandé de payer, ou avez-vous payé une certaine somme pour des services reçus aujourd'hui ?	<p>OUI. 1 NON 2</p>	→	206				

205	Quel est le montant total que vous avez payé (en Gourdes) pour tous les services ou traitements que l'enfant a reçus dans cet établissement aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (EN GOURDES) NSP 999998	
206	Est-ce que cette institution est l'établissement de santé le plus proche de chez vous ?	OUI 1 NON 2 NSP..... 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à l'établissement le plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDER POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	HEURES DE FONCTIONNEMENT PAS COMMODE 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER DANS L'ANONYMAT 05 C'EST PLUS CHER 06 A ETE REFERRE 07 AUTRE 96 NSP 98	
208	En général, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services reçus ou fournis dans cette institution aujourd'hui. LIRE TOUTES LES AFFIRMATIONS, CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 3		
209	Auriez-vous recommandé cette institution de santé à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI 1 NON 2 NSP..... 8	

3. Caractéristiques Personnelles de l'accompagnateur

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
301	<p>Quel est votre lien de parenté avec [NOM]?</p>	<p>MERE 1 PERE 2 FRERE/SŒUR..... 3 TANTE OU ONCLE..... 4 AUTRE 6 _____ (SPECIFIER)</p>	
302	<p>Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?</p>	<p>AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP. 98</p>	
303	<p>Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	→ 305
304	<p>Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint?</p>	<p>PRIMAIRE..... 1 POST-PRIMAIRE/VOCATIONEL . . . 2 SECONDAIRE..... 3 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE. 4</p>	→ 306
305	<p>Savez-vous lire ou écrire?</p>	<p>OUI, LIRE SEULEMENT 1 OUI, LIRE ET ECRIRE 2 NON 3</p>	
306	<p>ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
<p>Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !</p>			
<p>Commentaires de l'enquêteur:</p>			