



Republic of Senegal

# SENEGAL



## PRIX PRODUITS DE LA P.F.

- DEPO PROVERA : 200<sup>FCS</sup> CFA
- PiLLules : 100<sup>FCS</sup> CFA la plaque
- Implants : 500<sup>FCS</sup> CFA
- BIU : 500<sup>FCS</sup> CFA
- CONDOMS : gratuit

## TARIFS-MEDICAMENTS

Produits	P.U	Produits	P.U	Produits
iline 2M4	400 <sup>F</sup>	Paluject 0.20	100 <sup>F</sup>	Vita - A
1M2	250 <sup>F</sup>	" 0.40	150 <sup>F</sup>	" - C
inj	175 <sup>F</sup>	Primperan inj	210 <sup>F</sup>	Lo-fema
Gtte	-	Paracetamol cp	10 <sup>F</sup>	Condon
SP	600 <sup>F</sup>	" SP	600 <sup>F</sup>	Ovrett
			150 <sup>F</sup>	

## Continuous Service Provision Assessment Survey (SCSPA) 2012-2013



# REPUBLIC OF SENEGAL



## CONTINUOUS SERVICE PROVISION ASSESSMENT SURVEY (SCSPA) IN SENEGAL

2012–2013

### YEAR 1 REPORT

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)  
Ministry of Health and Social Action

MEASURE DHS  
ICF International  
Rockville, Maryland, USA

September 2013



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Ministère de la Santé et  
de l'Action sociale

This report presents the findings of the first year of the SCSPA undertaken in 2012–2013 by the National Agency for Statistics and Demography [*Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie* (ANSD)] and the Ministry of Health and Social Action [Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)].

Technical assistance was provided by ICF International through the MEASURE DHS program.

The SCSPA 2012–2013 was implemented with funding from the United States Agency for International Development (USAID). This report is the work of the authors and does not necessarily represent the policies of USAID.

The Center for Research in Human Development [*Centre de Recherche pour le Développement Humain* (CRDH)] also participated in the implementation of the survey.

Additional information about the SCSPA 2012-2013 may be obtained from:

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

Rocade Fann Bel-air Cerf-volant- B.P. 116; Dakar RP (Senegal)

Telephone: (221) 33 869 21 39/33 869 21 60

Fax: (221) 33 824 36 15

E-mail: statsenegal@ansd.sn/statsenegal@yahoo.fr

Web site: www.ansd.sn

Additional information about The DHS program may be obtained from:

ICF International

530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850 USA

Telephone: 301-572-0200

Fax: 301-572-0999

E-mail: reports@.dhsprogram.com

Internet: <http://www.dhsprogram.com>

**Suggested citation:**

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Senegal] and ICF International. 2013. *Continuous Service Provision Assessment Survey in Senegal 2012–2013 (SCSPA 2012–2013)*. Rockville, Maryland, USA: ANSD and ICF International.

# TABLE OF CONTENTS

---

TABLES.....	v
ACRONYMS AND ABBREVIATIONS.....	vii
ADMINISTRATIVE MAP OF SENEGAL.....	viii
1 INTRODUCTION.....	1
1.1 Overview.....	1
1.2 Objectives of the Survey.....	2
2 IMPLEMENTATION OF THE SURVEY.....	3
2.1 Sampling.....	3
2.2 Questionnaires.....	5
2.3 Training, Pre-Test, and Data Collection.....	6
2.4 Data analysis.....	6
3 RESULTS.....	9
3.1 Availability of Basic Services.....	9
3.2 Availability of Basic Infrastructure for Patients.....	10
3.3 Standard Equipment for the Control of Nosocomial Infections.....	11
3.4 Diagnostic Capacity of Laboratories.....	14
3.5 Distribution of Staff in the Institutions Surveyed.....	16
3.6 Child Health Services.....	16
3.7 Family Planning.....	22
3.8 Availability of Maternal Health Services and Newborn Care.....	30
3.9 HIV/AIDS and STI.....	38
3.10 Non-Communicable Diseases.....	43
3.11 Tuberculosis.....	46
3.12 Malaria.....	48
APPENDIX A STAFF OF THE SCSPA 2012-13.....	53
APPENDIX B QUESTIONNAIRES.....	55



## TABLES

---

Table 2.1	Distribution of facilities in the final sample by region .....	4
Table 2.2	Distribution of surveyed facilities by background characteristics .....	4
Table 2.3	Distribution of observed consultations .....	7
Table 3.1	Availability of basic health services .....	10
Table 3.2	Availability of basic amenities for client services .....	11
Table 3.3.1	Standard precautions for infection control by facility type and managing authority .....	12
Table 3.3.2	Standard precautions for infection control by region .....	13
Table 3.4.1	Laboratory diagnostic capacity by facility type and managing authority .....	14
Table 3.4.2	Laboratory diagnostic capacity by region .....	15
Table 3.5	Staffing pattern in surveyed facilities .....	16
Table 3.6	Availability of child health services .....	17
Table 3.7	Frequency of availability of child health services – curative care and growth monitoring .....	18
Table 3.8	Frequency of availability of child health services – vaccination services .....	20
Table 3.9	Availability of vaccines .....	21
Table 3.10	Availability of family planning services .....	23
Table 3.11.1	Methods of family planning offered by facility type and managing authority .....	24
Table 3.11.2	Methods of family planning offered by region .....	25
Table 3.12.1	Methods of family planning provided <sup>1</sup> by facility type and managing authority .....	26
Table 3.12.2	Methods of family planning offered <sup>1</sup> by region .....	27
Table 3.13.1	Availability of family planning commodities by facility type and managing authority .....	28
Table 3.13.2	Availability of family planning commodities by region .....	29
Table 3.14	Availability of maternal health services .....	31
Table 3.15	Availability of antenatal care services .....	32
Table 3.16	Availability of medicines for routine antenatal care .....	33
Table 3.17	Guidelines, trained staff, and equipment for delivery services .....	34
Table 3.18.1	Medicines and commodities for delivery and newborn care: Facility type and managing authority .....	35
Table 3.18.2	Medicines and commodities for delivery and newborn care: Region .....	36
Table 3.19	Signal functions for emergency obstetric care .....	37
Table 3.20	Guidelines, trained staff, and items for sexually transmitted infection services .....	38
Table 3.21	Availability of HIV testing and counseling services .....	39
Table 3.22	Guidelines, trained staff, and items for antiretroviral therapy services .....	41
Table 3.23	Availability of services for prevention of mother to child transmission of HIV in facilities providing antenatal clinics .....	42
Table 3.24	Diagnostic capacity and essential medicines for diabetes .....	44
Table 3.25	Availability of essential medicines and commodities for cardiovascular diseases .....	45
Table 3.26	Availability of essential medicines and commodities for chronic respiratory diseases .....	46
Table 3.27	Diagnostic capacity and availability of medicines for tuberculosis treatment .....	47
Table 3.28	Availability of malaria services and availability of guidelines, trained staff, and diagnostic capacity in facilities offering malaria services .....	49
Table 3.29	Availability of malaria medicines and commodities in facilities offering malaria services .....	51





## ACRONYMS AND ABBREVIATIONS

---

<b>ACT</b>	artemisinin-based combination therapy
<b>AIDS</b>	acquired immune deficiency syndrome
<b>ANSD</b>	National Agency for Statistics and Demography [Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie]
<b>ANC</b>	antenatal care
<b>ART</b>	antiretroviral therapy
<b>ARV</b>	antiretroviral
<b>BCG</b>	Bacillus Calmette-Guérin
<b>BP</b>	blood pressure
<b>CHW</b>	community health workers
<b>CRDH</b>	Center for Research in Human Development [Centre de Recherche pour le Développement Humain]
<b>CSF</b>	cerebrospinal fluid
<b>CT</b>	computed tomography
<b>DBS</b>	dried blood spot
<b>DPT</b>	diphtheria, pertussis, and tetanus
<b>DHS</b>	Demographic and Health Survey
<b>ELISA</b>	enzyme-linked immunosorbent assay
<b>FP</b>	family planning
<b>GP</b>	general practitioner
<b>HIV</b>	human immunodeficiency virus
<b>IMPAC</b>	Integrated Management of Pregnancy and Childbirth
<b>IPT</b>	intermittent preventive treatment
<b>ITN</b>	insecticide-treated bed net
<b>IUD</b>	intrauterine contraceptive device
<b>MSAS</b>	Ministry of Health and Social Action [Ministère de la Santé et de l'Action Sociale]
<b>MVA</b>	manual vacuum aspiration
<b>NGO</b>	non-governmental organization
<b>PC</b>	personal computer
<b>PMTCT</b>	prevention of mother-to-child transmission
<b>RDT</b>	rapid diagnostic test
<b>SC</b>	sick children
<b>SCSPA</b>	Senegal Continuous Service Provision Assessment Survey
<b>SDM</b>	standard days method
<b>SP</b>	sulfadoxine-pyrimethamine
<b>SCSPA</b>	Continuous Service Provision Assessment Survey in Senegal
<b>SPA</b>	service provision assessment
<b>STI</b>	sexually transmitted infection
<b>TB</b>	tuberculosis
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>VCT</b>	voluntary counseling and testing
<b>WHO</b>	World Health Organization

# ADMINISTRATIVE MAP OF SENEGAL



# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Overview

The Senegal Continuous Service Provision Assessment Survey (SCSPA) 2012–2013 was conducted by the National Agency of Statistics and Demography [*Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)*] in collaboration with the Ministry of Health and Social Action [*Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)*].

This survey received technical assistance from ICF International Inc. under the auspices of the MEASURE DHS program.

The survey was funded by the United States Agency for International Development (USAID).

This is a survey of a national sample of formal health facilities. It is designed to provide detailed information on the provision of services and operation of various aspects of the health system that can affect the quality of services. Data collection lasted eight months and took place from October 15, 2012 to June 15, 2013. Various priority health services included in the SCSPA are the following:

- child health services, including curative care, immunization, and monitoring of growth
- maternity services, including antenatal care (ANC), delivery, emergency obstetric care, postpartum care, and newborn care
- family planning (FP) services
- services for communicable diseases, including sexually transmitted infections (STI), malaria, tuberculosis (TB), HIV/AIDS, and related services
- services for non-communicable diseases, including diabetes, cardiovascular diseases, and chronic respiratory diseases

Information from the 2012–2013 SCSPA in Senegal will help policy makers and program managers prioritize interventions.

This report presents the results of the first year of the SCSPA relating to key aspects of the equipment, infrastructure, and provision of services for which data were collected.

## **1.2 Objectives of the Survey**

The objectives of the SCSPA 2012–2013 were the following:

- describe the ability of health facilities in the country to provide quality health services in line with guidelines and protocols of the country
- identify gaps in support services, in terms of resources and processes used to provide services to patients, which may affect the ability of health facilities to provide quality health services
- describe the level of adherence to quality standards of service of providers of maternal and child care and reproductive health services
- provide comparisons of results between different types of health facilities and regions of the country and between facilities managed by different authorities (public or private)
- describe how much patients understand about what they must do to follow up on the services received in order to be in better health

## **2 IMPLEMENTATION OF THE SURVEY**

### **2.1 Sampling**

Data for the SCSPA in Senegal were collected from a sample of health facilities. In each facility, a sample of health service providers, a sample of sick children, and a sample of clients of family planning services were selected.

The health facilities included in the sample were classified according to their managing authority. They include the following facilities:

- public
- private
- private non-profit (non-governmental organization facilities)
- private religious

With a total of 3,084 health facilities (86 hospitals, 242 health centers, 1,250 health posts and 1,506 health huts), the sample encompassed 50 percent of hospitals, 50 percent of health centers including garrison medical centers (GMC), 20 percent of health posts including infirmaries for prison and correctional institutions (PCI) and health huts related to the chosen posts.

Table 2.1 presents the distribution of facilities in the final sample by region and Table 2.2 shows the distribution of surveyed facilities and their total number according to type, managing authority, and region.

From a total of 458 facilities selected for the SCSPA 2012–2013, 438 were successfully surveyed, for a response rate of 95.6 percent.

The sample of surveyed facilities includes 35 hospitals (5 percent), 64 health centers (8 percent), 265 health posts (87 percent), and 74 health huts.

More than three-quarters of facilities in the sample are in the public sector (83 percent), while private facilities represent 17 percent.

The distribution of facilities within regions is not identical.

The regions of Dakar and Thiès alone represent a third of the sample with 20 percent and 13 percent respectively, while those of Kédougou (2 percent), Sédhiou (3 percent), Kaffrine (4 percent), Matam (5 percent), and Kolda (5 percent) have the lowest percentages. The distribution is almost identical in the other seven regions, varying between 6 percent and 8 percent.

Table 2.1 Distribution of facilities in the final sample by region

Number of facilities of each type selected for the survey sample by region, Senegal SCSPA 2012–2013

Facility type	Region														Total Number selected
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	
Hospital	22	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	5	1	43
Health center	17	3	3	2	3	3	4	6	2	3	2	6	7	5	66
Health post	39	17	16	19	15	16	16	14	16	20	16	16	31	20	271
Health hut	0	4	4	3	5	5	6	5	8	4	10	3	10	11	78
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>53</b>	<b>37</b>	<b>458</b>

Table 2.2 Distribution of surveyed facilities by background characteristics

Percent distribution and number of surveyed facilities, by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Weighted percent distribution of surveyed facilities	Number of facilities surveyed	
		Weighted	Unweighted
<b>Facility type</b>			
Hospital	5	17	35
Health center	8	30	64
Health post	87	317	265
<b>Managing</b>			
Public	83	302	305
NGO/Private non-profit	0	0	1
Private	12	43	43
Private denominational	5	19	15
<b>Region</b>			
Dakar	20	71	71
Diourbel	7	25	23
Fatick	6	22	19
Kaffrine	4	14	21
Kaolack	6	23	20
Kédougou	2	9	20
Kolda	5	17	21
Louga	6	23	21
Matam	5	17	19
Saint Louis	8	29	23
Sédhiou	3	12	19
Tambacounda	7	24	21
Thiès	13	48	41
Ziguinchor	8	29	25
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>364</b>	<b>364</b>
Health hut	NA	74	74

NA = Not applicable

## 2.2 Questionnaires

The collection tools used are based on the questionnaires developed by the MEASURE DHS project adapted for Senegal in agreement with the technical services of MSAS.

During the SCSPA in Senegal 2012–2013, four types of data collection instruments were used:

- **Health Facility Inventory:** This questionnaire includes a cover sheet to identify the facility and a list of staff to record all health providers present on the day of the interview. The inventory of the health facility is designed to obtain information on the ability of the facility to provide each of the priority services. It collects information on the availability of specific items (including their location and condition), the components of support systems (logistics, maintenance, and management), and the infrastructure of the facility (including the work environment where the services are offered). Resources evaluated are those required to provide the service according to internationally accepted guidelines and protocols. Services evaluated are those that are generally recognized as essential to ensure adequate support of the health services.
- **Health Care Providers Questionnaire:** The health care provider questionnaire is designed to obtain information on individual qualifications of providers, the type of service they provide, and the type of training they received. A sample of health care providers is selected from the list of personnel to be interviewed using the health staff questionnaire.
- **Observation Checklists:** These lists evaluate the level of adherence of providers to the standards of service quality based on internationally and nationally accepted guidelines and protocols. Components of the observation include the procedures used in conducting certain specific steps such as physical examinations and content of the conversation between provider and client (history, symptoms, and counseling). For this first year, clients from the family planning and sick children services were chosen for observation.
- **Exit Interview Questionnaires:** The exit questionnaires are designed to assess the level of understanding by the clients of the services offered and concerned the consultation and examination and the instructions and counseling given with regard to treatment or preventive measures. Understanding of key messages by clients increases the likelihood of successful treatment or compliance with preventive behaviors, which promotes optimum results for their health. Client perception about the work environment was also evaluated. Exit interviews are conducted with clients whose consultations had been observed.
- **Special Questionnaire for Health Huts** included the following:
  - an inventory of the health hut designed to assess the specific services of the hut
  - a review of notebooks, records, and documents related to family planning (FP),

- promotion of growth monitoring, general consultations, and maternity
- interviews with health care providers, using the same questionnaire employed for other types of facilities

### 2.3 Training, Pre-Test, and Data Collection

Questionnaires for the SCSPA 2012–2013 were pre-tested during the training, which took place from September 18 to October 10, 2012.

The training included the following:

- theoretical sessions on the interviewer’s manual and questionnaires, as well as simulations and role playing
- practical training in facilities not selected for the survey, including hospitals, health centers, health posts, and health huts and involving both public and private facilities (25 facilities visited)
- review and debriefing sessions after the practice exercises
- evaluation tests as well as supervision during practice
- training in the global positioning system (GPS)
- training in the use of the tablet PCs employed for the data collection

The training was intensive and closely related theory and practice.

The training was conducted by two consultants from ICF International, officials from the priority programs of the MSAS (malaria, mother and child health, tuberculosis, and HIV/AIDS), staff from ANSD, a doctor recruited as the technical coordinator of the SCSPA, and the Continuous DHS advisor from USAID.

After three weeks of training, 12 interviewers (nurses and midwives) were selected and divided into four teams of three (two interviewers and one team leader) as well as a driver.

The field work supervision was coordinated by ANSD and conducted by the doctor recruited as the technical coordinator of the SCSPA with support from the Continuous DHS advisor from USAID, who visited the teams periodically and monitored the data quality.

### 2.4 Data analysis

The following conventions were observed during the analysis of the SCSPA data:

**Availability of Items:** In the SCSPA 2012–2013, only items that were observed are considered available. Any item reported but not seen by the interviewer was not considered available.

**Observation:** In many facilities, services such as taking the patient’s blood pressure and temperature are provided on a routine basis outside of the consulting room. Therefore, whenever these services were observed being provided outside the consulting room on the day of the observation, the observed patient was considered to have received the services. Although the providers responsible for these services



contribute to the care of the patient, the provider who made the diagnosis and prescribed treatment was considered to be the main provider.

**Information from the Provider:** Providers often indicated that they were providing services outside the scope of the facility. As part of the SCSPA, only providers that offered the service in question within the facility were included in the analysis for the service.

**Inventory of the Facility:** The facility inventory encompassed the collection of information on the availability of special equipment as well as its functioning; the components of the support systems (logistics, maintenance, and management); and also the environment for the provision of services. For these details, the interviewer asked the most appropriate person within the organization of the facility and/or the provider for each service who was most informed and present on the day of the interview.

**Observation of Patient Services:** Interviewers observed consultations in the services concerned (sick children and family planning) at the time they took place. In locations where many patients were eligible for the observation, the guideline was to observe no more than five patients per service provider with a maximum of 15 observations per facility for each service. For consultations with children, only those under five years old who were sick were selected. When several eligible clients were waiting for a family-planning consultation, the interviewer selected two patients who were on a first visit for each patient on a follow-up visit.

Table 2.3 shows the distribution (in percent) and total number of the consultations observed for outpatient curative care for sick children and for family planning.

For the SCSPA 2012–2013, the total number of patients whose consultations were observed was 1,311 sick children (SC) and 968 clients of FP services.

The vast majority of these observations were carried out in health posts (83 percent SC and 80 percent FP), followed by health centers (11 percent SC and 16 percent FP), with a low rate of observations at the hospital level (6 percent SC and 3 percent FP).

Table 2.3 Distribution of observed consultations

Percent distribution and number of observed consultations for outpatient curative care for sick children and family planning by type of facility, Senegal SCSPA 2012–2013

Facility type	Percent distribution of observed consultations	Number of observed consultations	
		Weighted	Unweighted
<b>OUTPATIENT CURATIVE CARE FOR SICK CHILDREN</b>			
Hospital	6	83	151
Health center	11	138	280
Health post	83	1 090	880
Total	100	1 311	1 311
<b>FAMILY PLANNING</b>			
Hospital	3	31	68
Health center	16	158	266
Health post	80	778	634
Total	100	968	968



### **3 RESULTS**

#### **3.1 Availability of Basic Services**

Basic services include outpatient curative care for sick children, childhood immunization services within the facility, child growth monitoring, modern family planning, antenatal care, and services for sexually transmitted infections (STI).

The availability of a range of services including maternal and child health, antenatal care, and reproductive health services, as well as the frequency with which these services are provided, are the key elements that influence the use of services by patients. Patients are more likely to seek care in a facility if they are sure that the services will be available upon arrival.

Table 3.1 presents data on the availability of basic services, detailed by the type of facility, managing authority, and region.

The SCSPA 2012–2013 in Senegal found a satisfactory level of availability of basic services; overall, 75 percent of facilities offered all basic services. Curative services for children and STIs are, on average, available in almost all facilities (94 percent and 98 percent), while antenatal care is provided in 89 percent and family planning is offered in 85 percent of facilities. Similarly, more than 8 in 10 facilities also provide immunization services and growth monitoring (83 percent and 86 percent, respectively).

Child curative services, services for STIs, and antenatal visits are available in 75 percent or more of facilities regardless of type, while immunization services and to a lesser extent those for growth monitoring and family planning are available mainly in health centers and health posts. These results are a reflection of the health policy regarding which preventive health services are generally provided in health centers and health posts, while hospitals remain referral facilities.

There is greater availability of basic services in public facilities than in private facilities with 85 percent and 26 percent, respectively, providing all basic services.

In addition, there is widespread availability of basic services. In the regions of Dakar, Kaolack, Kolda, and Tambacounda, basic services are less available.

**Table 3.1 Availability of basic health services**

Among all facilities, percentage offering the indicated basic health services and all basic health services by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities that offer:							Number of facilities
	Outpatient curative care for sick children	Growth monitoring	Child vaccination	Any modern family planning method	Antenatal care services	STI services	All basic health services <sup>1</sup>	
<b>Facility type</b>								
Hospital	82	61	34	65	76	90	20	17
Health center	94	68	75	78	79	99	67	30
Health post	95	89	87	87	91	98	79	317
<b>Managing</b>								
Public	98	91	92	94	95	99	85	302
Private	75	63	42	39	60	89	26	62
<b>Region</b>								
Dakar	78	71	70	71	80	91	58	71
Diourbel	98	98	97	95	98	100	92	25
Fatick	100	100	100	100	100	100	100	22
Kaffrine	100	100	91	91	91	100	91	14
Kaolack	100	75	79	98	92	100	67	23
Kédougou	84	75	72	75	75	96	72	9
Kolda	97	81	70	73	73	95	57	17
Louga	98	96	87	90	90	100	75	23
Matam	100	99	99	94	100	100	93	17
Saint Louis	100	100	88	91	91	100	88	29
Sédhiou	100	95	95	97	97	100	95	12
Tambacounda	94	68	74	80	80	100	68	24
Thiès	98	91	80	83	95	97	73	48
Ziguinchor	100	84	95	81	91	100	71	29
Total	94	86	83	85	89	98	75	364
Health hut	97	87	45	43	29	8	4	74

<sup>1</sup> Basic health services include outpatient curative care for sick children, child growth monitoring, childhood immunization services within the health facility, family planning (any modern method), antenatal care services, and sexually transmitted infections (STIs) services.

### 3.2 Availability of Basic Infrastructure for Patients

Although quality health services can be provided in facilities that have rudimentary equipment, certain infrastructures and basic amenities contribute to both patient and provider satisfaction and also improve the quality and level of services. These elements can induce the patient to use the facility; in addition, they can motivate staff and encourage them to follow guidelines to ensure quality services.

Table 3.2 shows the availability of basic infrastructure to meet the needs of patients in the facility.

Facilities have adequate availability of basic infrastructure to meet the needs of patients, including improved water sources (90 percent), visual and auditory privacy (99 percent), and the availability of toilets for patients (87 percent). On the other hand, many facilities lack adequate communication equipment and reliable Internet access. Emergency transport is found in less than half of the facilities (48 percent), with the availability especially limited in the Saint-Louis region. Moreover, only a little more than half of the facilities have reliable electricity. This problem is much more pronounced in the regions of Kaolack (27 percent), Diourbel (24 percent), Louga (31 percent), and Kaffrine (39 percent) where continuous electrical power is only found in about one facility in three or four.

Table 3.2 Availability of basic amenities for client services

Among all facilities, percentage with indicated amenities considered basic for quality services, by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Amenities							Number of facilities
	Regular electricity <sup>1</sup>	Improved water source <sup>2</sup>	Visual and auditory privacy <sup>3</sup>	Client latrines <sup>4</sup>	Communication equipment <sup>5</sup>	Computer with Internet access <sup>6</sup>	Emergency transport <sup>7</sup>	
<b>Facility type</b>								
Hospital	80	99	100	99	93	93	67	17
Health center	67	94	98	85	86	86	87	30
Health post	52	90	99	86	53	50	43	317
<b>Managing</b>								
Public	53	89	100	84	53	51	49	302
Private	63	95	97	100	82	72	40	62
<b>Region</b>								
Dakar	72	96	99	98	80	76	29	71
Diourbel	24	100	100	100	50	12	66	25
Fatick	49	88	100	100	41	12	59	22
Kaffrine	39	95	100	39	100	91	43	14
Kaolack	27	100	100	100	23	17	67	23
Kédougou	84	57	100	39	100	95	27	9
Kolda	70	65	100	92	32	62	65	17
Louga	31	100	100	100	47	37	58	23
Matam	62	94	100	100	27	27	30	17
Saint Louis	43	91	100	100	49	35	16	29
Sédhiou	83	65	100	83	25	86	60	12
Tambacounda	56	75	100	32	89	89	47	24
Thiès	54	94	97	75	82	55	43	48
Ziguinchor	69	91	100	94	17	75	86	29
Total	55	90	99	87	58	55	48	364
Health hut	14	60	93	61	18	0	19	74

Note: The indicators presented in this table comprise the basic amenities domain for assessing general service readiness within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (WHO 2012).

<sup>1</sup> Facility is connected to a central power grid and there has not been an interruption in power supply lasting for more than two hours at a time during normal working hours in the seven days before the survey; facility has a functioning generator with fuel available on the day of the survey; or else facility has back-up solar power

<sup>2</sup> Water is piped into facility or piped onto facility grounds or else water from a public tap or standpipe, a tube well or borehole, a protected dug well, protected spring, or rain water and the outlet from this source is within 500 meters of the facility.

<sup>3</sup> A private room or screened-off space available in the general outpatient service area that is a sufficient distance from other clients so that a normal conversation could be held without the client being seen or heard by others.

<sup>4</sup> The facility had a functioning flush or pour-flush toilet, a ventilated improved pit latrine, or composting toilet.

<sup>5</sup> The facility had a functioning land-line telephone, a functioning facility-owned cellular phone, a private cellular phone that is supported by the facility, or a functioning short wave radio available in the facility.

<sup>6</sup> Facility had a functioning computer with access to the Internet that is not interrupted for more than two hours at a time during normal working hours or facility has access to the Internet via a cellular phone inside the facility.

<sup>7</sup> Facility had a functioning ambulance or other vehicle for emergency transport that is stationed at the facility and had fuel available on the day of the survey or facility has access to an ambulance or other vehicle for emergency transport that is stationed at another facility or that operates from another facility.

### 3.3 Standard Equipment for the Control of Nosocomial Infections

Nosocomial infections often complicate the delivery of health services in all facilities; hence, the need for strict control measures to prevent their spread. The SCSPA 2012–2013 was used to assess the availability of sterilization equipment; safe final disposal of sharps (pricking, cutting or slicing items); and the availability of soap and running water, hand washing disinfectant, latex gloves, masks, gowns and, especially, guidelines and protocols for basic precautionary measures.

Tables 3.3.1 and 3.3.2 show the availability of basic items for the control of infection, according to the type of facility, management authority, and region.

The management of biomedical waste in health facilities is generally good. Indeed, the survey shows that 80 percent of facilities, whatever their characteristics, are capable of processing the safe final disposal of sharps waste, 59 percent have the capacity for safely disposing of infectious waste, and 87 percent are able to ensure proper storage of sharps

waste. However, there is some disparity between regions with a very low capacity for the management of biomedical waste in the regions of Kaffrine and Tambacounda, where only 6 percent and 8 percent respectively of the facilities are capable of ensuring the safe disposal of sharps waste.

With regard to sterilization equipment, notably only 6 percent of facilities have it available; such equipment is generally found in hospitals (40 percent) and health centers (22 percent). The survey also assessed the presence of soap and availability of running water to wash hands; latex gloves; and masks and protective goggles (eye protection); as well as guidelines and protocols for basic, precautionary measures. It is also useful to note that at the time of the survey, over 90 percent of facilities had running water and soap or hand washing with alcohol-based disinfectant, while only 4 percent had eye protection.

**Table 3.3.1 Standard precautions for infection control by facility type and managing authority**

Percentage of facilities with sterilization equipment somewhere in the facility and other items for standard precautions available in the general outpatient area of the facility on the day of the survey by facility type and managing authority, Senegal SCSPA 2012–2013

Items	Facility type			Managing authority		Total	Health hut
	Hospital	Health center	Health post	Public	Private		
Sterilization equipment <sup>1</sup>	40	22	3	6	6	6	NA
Equipment for high-level disinfection <sup>2</sup>	85	88	78	82	67	80	NA
Safe final disposal of sharps waste <sup>3</sup>	75	74	80	81	75	80	33
Safe final disposal of infectious waste <sup>4</sup>	59	68	58	58	63	59	51
Appropriate storage of sharps waste <sup>5</sup>	60	73	90	91	68	87	65
Appropriate storage of infectious waste <sup>6</sup>	54	35	56	53	64	55	39
Disinfectant <sup>7</sup>	87	83	92	91	94	91	68
Syringes and needles <sup>8</sup>	81	68	71	68	86	71	NA
Soap	91	89	90	89	94	90	79
Running water <sup>9</sup>	91	83	86	85	92	86	57
Soap and running water	91	83	86	84	92	86	50
Alcohol-based hand disinfectant	79	57	61	58	79	61	7
Soap and running water or else alcohol-based hand disinfectant	92	84	92	90	98	92	56
Latex gloves <sup>10</sup>	92	84	92	91	93	91	64
Medical masks	57	33	22	18	58	25	NA
Gowns	85	87	94	93	90	93	NA
Eye protection	16	2	4	3	12	4	NA
Guidelines for standard precautions <sup>11</sup>	48	61	57	59	47	57	47
Number of facilities	17	30	317	302	62	364	74

Note: The indicators presented in this table comprise the standard precautions domain for assessing general service readiness within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (WHO 2012).

NA = Not applicable

<sup>1</sup> Facility reports that some instruments are processed in the facility and the facility has a functioning electric dry heat sterilizer, a functioning electric autoclave, or a non-electric autoclave with a functioning heat source available somewhere in the facility.

<sup>2</sup> Facility reports that some instruments are processed in the facility and the facility has an electric pot or other pot with heat source for high-level disinfection by boiling or high-level disinfection by steaming, or else facility has chlorine, formaldehyde, or glutaraldehyde for chemical high-level disinfection available somewhere in the facility on the day of the survey.

<sup>3</sup> The process of sharps waste disposal is incineration, and the facility has a functioning incinerator with fuel on the day of survey, or else the facility disposes of sharps waste by means of open burning in a protected area, dumping without burning in a protected area, or removal offsite with storage in a protected area prior to removal offsite.

<sup>4</sup> The process of infectious waste disposal is incineration, and the facility has a functioning incinerator with fuel on the day of survey, or else the facility disposes of infectious waste by means of open burning in a protected area, dumping without burning in a protected area, or removal offsite with storage in a protected area prior to removal offsite.

<sup>5</sup> Sharps container observed in general outpatient service area, in the area where HIV testing is done if facility does HIV testing, or in the area where minor surgery is done, if facility does minor surgeries.

<sup>6</sup> Waste receptacles observed in general outpatient service area, in area where HIV testing is done if facility does HIV testing, or in the area where minor surgery is done if facility does minor surgeries.

<sup>7</sup> Chlorine-based or other country-specific disinfectants used for environmental disinfection are available in the general outpatient area.

<sup>8</sup> Single-use standard disposable syringes with needles or else auto-disable syringes with needles are available in the general outpatient area.

<sup>9</sup> Piped water, water in bucket with specially fitted tap, or water in pour pitcher is available in the general outpatient area.

<sup>10</sup> Non-latex equivalent gloves are acceptable.

<sup>11</sup> Any guideline for infection control in health facilities is available in the general outpatient area.

Table 3.3.2. Standard precautions for infection control by region

Percentage of facilities with sterilization equipment somewhere in the facility and other items for standard precautions available in the general outpatient area of the facility on the day of the survey by region, Senegal SCSPA 2012–2013

Items	Region												Total		
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kafrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédiou	Tamba-counda		Thiès	Ziguinchor
Sterilization equipment <sup>1</sup>	9	7	2	6	6	4	5	13	4	0	3	3	7	5	6
Equipment for high-level disinfection <sup>2</sup>	75	95	82	98	86	48	57	100	65	91	77	72	69	91	80
Safe final disposal of sharps waste <sup>3</sup>	85	74	92	11	81	78	73	94	99	100	88	23	89	85	80
Safe final disposal of infectious waste <sup>4</sup>	79	51	80	6	63	14	60	76	61	80	51	8	54	52	59
Appropriate storage of sharps waste <sup>5</sup>	63	98	100	95	98	96	87	94	94	82	100	80	95	94	87
Appropriate storage of infectious waste <sup>6</sup>	39	44	49	30	94	96	41	36	26	29	58	69	88	69	55
Disinfectant <sup>7</sup>	80	72	100	100	100	100	95	87	95	94	100	100	94	98	91
Syringes and needles <sup>8</sup>	65	47	100	100	100	95	84	35	13	35	92	94	79	92	71
Soap	90	100	100	100	100	89	92	79	49	67	100	94	97	98	90
Running water <sup>9</sup>	88	95	82	100	94	68	89	77	49	72	97	89	91	97	86
Soap and running water	88	95	82	100	94	68	89	77	43	67	97	89	91	97	86
Alcohol-based hand disinfectant	73	54	63	100	58	95	41	53	19	53	22	94	89	9	61
Soap and running water or else alcohol-based hand disinfectant	96	95	100	100	100	95	89	83	45	86	100	94	91	97	92
Latex gloves <sup>10</sup>	75	95	100	100	100	100	95	94	77	91	100	94	94	98	91
Medical masks	37	5	10	25	0	32	35	20	4	2	35	20	43	38	25
Gowns	92	100	100	100	100	89	100	83	77	75	100	89	96	98	93
Eye protection	10	0	0	5	6	16	5	0	0	0	0	0	6	5	4
Guidelines for standard precautions <sup>11</sup>	33	66	94	100	98	39	60	53	41	59	66	39	55	58	57
Number of facilities	71	25	22	14	23	9	17	23	17	29	12	24	48	29	364

Note: The indicators presented in this table comprise the standard precautions domain for assessing general service readiness within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (WHO 2012).

- <sup>1</sup> Facility reports that some instruments are processed in the facility and the facility has a functioning electric dry heat sterilizer, a functioning electric autoclave, or a non-electric autoclave with a functioning heat source available somewhere in the facility.
- <sup>2</sup> Facility reports that some instruments are processed in the facility and the facility has an electric pot or other pot with heat source for high-level disinfection by boiling or high-level disinfection by steaming or else facility has chlorine, formaldehyde, or glutaraldehyde for chemical high-level disinfection available somewhere in the facility on the day of the survey.
- <sup>3</sup> The process of sharps waste disposal is incineration, and the facility has a functioning incinerator with fuel on the day of survey, or else the facility disposes of sharps waste by means of open burning in a protected area, dumping without burning in a protected area, or removal offsite with storage in a protected area prior to removal offsite.
- <sup>4</sup> The process of infectious waste disposal is incineration, and the facility has a functioning incinerator with fuel on the day of survey, or else the facility disposes of infectious waste by means of open burning in a protected area, dumping without burning in a protected area, or removal offsite with storage in a protected area prior to removal offsite.
- <sup>5</sup> Sharps container observed in general outpatient service area, in area where HIV testing is done if facility does HIV testing, as well as in area where minor surgery is done, if facility does minor surgeries
- <sup>6</sup> Waste receptacles observed in general outpatient service area, in area where HIV testing is done if facility does HIV testing, as well as in area where minor surgery is done, if facility does minor surgeries
- <sup>7</sup> Chlorine-based or other country-specific disinfectants used for environmental disinfection are available in the general outpatient area.
- <sup>8</sup> Single-use standard disposable syringes with needles or else auto-disable syringes with needles available in the general outpatient area.
- <sup>9</sup> Piped water, water in bucket with specially fitted tap, or water in pour pitcher is available in the general outpatient area.
- <sup>10</sup> Non-latex equivalent gloves are acceptable.
- <sup>11</sup> Any guideline for infection control in health facilities is available in the general outpatient area.

### 3.4 Diagnostic Capacity of Laboratories

Diagnostic support is in many situations a critical step for proper care of patients.

Tables 3.4.1 and 3.4.2 show the laboratory diagnostic capacity with regard to basic tests and advanced diagnosis, as well as the availability of diagnostic imaging equipment, according to the type of facility, management authority, and region.

The SCSPA 2012–2013 revealed weaknesses in the capacity of both public and private health facilities to perform basic and advanced laboratory diagnostic tests. Facilities are generally capable of doing tests for the diagnosis of malaria and HIV (respectively 83 percent and 82 percent at the national level). On the other hand, only 17 percent of facilities are capable of blood sugar testing and only 3 percent have an X-ray machine. Many of the diagnostic tools are not generally available in hospitals. For example, diagnostic imaging equipment is available in about one in three hospitals. It should also be noted that malaria diagnostic testing was available in 53 percent of the surveyed health huts.

**Table 3.4.1 Laboratory diagnostic capacity by facility type and managing authority**

Among all facilities, the percentages with capacity to conduct basic and advanced laboratory diagnostic tests in the facility by facility type and managing authority, Senegal SCSPA 2012–2013

Laboratory tests	Facility type			Managing authority		Total	Health hut
	Hospital	Health center	Health post	Public	Private		
<b>Basic tests</b>							
Hemoglobin	64	53	5	10	20	11	NA
Blood glucose	17	39	15	17	20	17	NA
Malaria diagnostic test	70	91	83	88	60	83	53
Urine protein	57	35	20	23	24	23	NA
Urine glucose	53	37	20	24	21	23	NA
HIV diagnostic test	61	79	83	91	39	82	NA
DBS collection	29	38	1	6	6	6	NA
TB microscopy	30	51	1	6	8	7	NA
Syphilis rapid diagnostic test	12	5	2	3	4	3	NA
General microscopy	63	75	6	13	25	15	NA
Urine pregnancy test	54	42	20	24	24	24	NA
Liver or renal function test (ALT or creatinine)	63	48	1	8	8	8	NA
<b>Advanced diagnostic tests</b>							
Serum electrolytes	61	48	2	8	12	9	NA
Full blood count with differentials	61	48	2	8	12	9	NA
Blood typing and cross matching	32	9	1	2	7	3	NA
CD4 count	23	12	0	2	0	2	NA
Syphilis serology	5	8	0	1	0	1	NA
Gram stain	59	41	4	8	20	10	NA
Stool microscopy	55	58	5	9	23	12	NA
CSF/body fluid counts	47	53	6	10	19	12	NA
<b>Equipment for diagnostic imaging</b>							
X-ray machine	36	10	1	3	4	3	NA
Ultrasonogram	38	15	3	3	17	6	NA
CT scan	29	9	0	2	4	3	NA
<b>Number of facilities</b>	<b>17</b>	<b>30</b>	<b>317</b>	<b>302</b>	<b>62</b>	<b>364</b>	<b>74</b>

NA = Not applicable

Note: The basic test indicators presented in this table comprise the diagnostic capacity domain for assessing general service readiness within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (WHO 2012).

DBS = dried blood spot; CSF = cerebrospinal fluid; CT = computed tomography



Table 3.4.2. Laboratory diagnostic capacity by region

Among all facilities, the percentages with capacity to conduct basic and advanced laboratory diagnostic tests in the facility by region, Senegal SCSPA, 2012–2013

Laboratory tests	Region												Total			
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaifrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda		Thiès	Ziguinchor	
<b>Basic tests</b>																
Hemoglobin	23	8	2	10	8	17	3	4	7	13	5	13	16	0	11	
Blood glucose	8	10	2	8	2	8	3	43	0	35	37	4	4	83	17	
Malaria diagnostic test	69	95	82	100	75	96	43	70	94	100	91	100	81	98	83	
Urine protein	18	52	2	6	10	11	3	55	1	30	31	14	11	66	23	
Urine glucose	16	52	2	6	10	11	3	55	0	40	31	14	11	66	23	
HIV diagnostic test	62	93	88	100	83	80	68	80	100	91	91	83	84	91	82	
DBS collection	7	8	4	6	2	11	3	4	1	7	5	13	6	2	6	
TB microscopy	8	6	6	8	4	7	5	9	4	4	9	8	9	2	7	
Syphilis rapid diagnostic test	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	14	9	0	3	
General microscopy	24	8	12	10	12	17	13	11	4	16	11	13	15	17	15	
Urine pregnancy test	17	18	2	11	8	11	19	61	1	45	34	24	11	66	24	
Liver or renal function test (ALT or creatinine)	20	8	2	2	12	11	3	9	1	5	5	3	6	2	8	
<b>Advanced diagnostic tests</b>																
Serum electrolytes	20	8	2	6	8	12	3	4	1	4	5	13	12	0	9	
Full blood count with differentials	20	8	2	6	8	12	3	4	1	4	5	13	12	0	9	
Blood typing and cross matching	4	2	0	6	6	3	5	0	1	4	0	0	7	0	3	
CD4 count	3	5	2	2	0	9	3	4	1	2	0	0	0	2	2	
Syphilis serology	2	0	0	0	0	0	3	0	1	0	2	2	1	0	1	
Gram stain	17	8	8	10	10	10	5	4	4	14	5	3	14	3	10	
Stool microscopy	16	8	10	10	12	7	11	2	4	14	11	13	15	11	12	
CSF/body fluid counts	18	6	12	6	8	17	16	6	3	16	8	1	9	22	12	
<b>Equipment for diagnostic imaging</b>																
X-ray machine	7	6	2	0	4	0	3	2	0	2	2	0	4	3	3	
Ultrasonogram	14	6	2	0	4	0	3	9	1	8	2	0	4	3	6	
CT scan	3	6	2	0	4	0	0	6	0	2	0	0	4	0	3	
<b>Number of facilities</b>	71	25	22	14	23	9	17	23	17	29	12	24	48	29	364	

Note: The basic test indicators presented in this table comprise the diagnostic capacity domain for assessing general service readiness within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (WHO 2012).

DBS = dried blood spot; CSF = cerebrospinal fluid; CT = computed tomography

### 3.5 Distribution of Staff in the Institutions Surveyed

Normally, each health facility should have a minimum number of providers assigned to it, depending on the level of complexity of the services offered. Table 3.5 shows the median number of providers employed by or assigned to the facility according to the type of provider and type of facility.

The SCSPA showed that hospitals and health centers have the largest number, most varied, and most qualified staffing. Type 1 providers, comprised of doctors who are general practitioners, specialists, and surgeons, and those from Type 2, comprised of senior technicians, are specifically found at hospitals and health centers. Type 3 providers, including nurses, nursing assistants, and midwives are found in all structures except at health huts. Community staff, representing Type 5, groups all community health workers (CHW) who are generally found in the health centers, posts, and huts. On the other hand, Type 4 providers, encompassing pharmacists and biologists, are only available in hospitals.

Table 3.5 Staffing pattern in surveyed facilities

Median number<sup>1</sup> of providers, assigned to, employed by, or seconded to facility by type of provider and type of facility, Senegal SCSPA 2012–2103

Facility type	Median number of providers assigned to/ employed by/seconded to facility					Number of facilities
	Provider type 1 - GP/ gynecologist/ surgeon/specialist	Provider type 2 - technician	Provider type 3 – nurse/assistant nurse/midwife	Provider type 4 - pharmacist/ biologist	Provider type 5 – traditional midwife/assistant s/CHW	
Hospital	2	5	16	1	-	17
Health center	2	3	10	-	9	30
Health post	-	-	2	-	9	391
Total	-	-	2	-	9	364
Health hut	NA	NA	NA	NA	5	74

NA = Not applicable

- = median less than one

<sup>1</sup> Numbers provided by facility in-charge

### 3.6 Child Health Services

Senegal, through the Ministry of Health and Social Action, has made significant efforts to reduce infant and child mortality. With regard to the level of indicators in the 2010–2011 DHS, the health status of children remains a concern, particularly that of the newborn despite a gradual improvement. The SCSPA 2012–2013 was used to assess the following:

- availability of child health services
- frequency of availability of curative care for sick children and child growth monitoring services
- frequency of availability of child immunization services
- availability of vaccines

## Availability of Child Health Services

Table 3.6 describes the availability of child health services including curative care for sick children, growth monitoring, and child vaccination, according to the type of facility, managing authority, and region.

Nearly nine out of ten public facilities offer all three child health services (88 percent) compared with only four in ten in the private sector (42 percent). A greater proportion of health posts provide the three services—84 percent compared to 68 percent of health centers and 30 percent of hospitals. Hospitals are referral facilities where the most frequently offered service is curative care (82 percent). In contrast, for immunizations, health posts outperform all the other facilities with 87 percent availability.

The availability of curative services and growth monitoring is better in nearby facilities (health huts or posts), which is an asset for the population because of their geographical and socio-cultural accessibility. Despite the fact that 97 percent of health huts offer services for curative care and 87 percent provide growth monitoring services, DPT/pentavalent vaccinations are only available at 45 percent of huts during outreach.

**Table 3.6 Availability of child health services**

Among all facilities, the percentages offering specific child health services at the facility by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering:					Number of facilities
	Outpatient curative care for sick children	Growth monitoring	Child vaccination <sup>1</sup>	All three basic child health services	Routine vitamin A supplementation	
<b>Facility type</b>						
Hospital	82	61	34	30	52	17
Health center	94	68	75	68	62	30
Health post	95	89	87	84	85	317
<b>Managing authority</b>						
Public	98	91	92	88	90	302
Private	75	63	42	42	40	62
<b>Region</b>						
Dakar	78	71	70	68	55	71
Diourbel	98	98	97	97	97	25
Fatick	100	100	100	100	100	22
Kaffrine	100	100	91	91	100	14
Kaolack	100	75	79	67	89	23
Kédougou	84	75	72	72	75	9
Kolda	97	81	70	62	76	17
Louga	98	96	87	87	96	23
Matam	100	99	99	99	86	17
Saint Louis	100	100	88	88	100	29
Sédhiou	100	95	95	95	94	12
Tambacounda	94	68	74	68	55	24
Thiès	98	91	80	77	86	48
Ziguinchor	100	84	95	84	91	29
Total	94	86	83	80	82	364
Health hut	97	87	45	44	52	74

GP = General practitioner; CHW = Community Health Worker

<sup>1</sup> Routine provision of DPT/pentavalent, polio, and measles vaccination in the facility to children. For the health huts, routine provision of DPT/pentavalent only applies.

With regard to routine supplementation of vitamin A, health posts are the facilities that most frequently offer this service (85 percent), followed by health centers (62 percent) and hospitals and health huts (52 percent each).

In addition, there is a good distribution of all basic child health services across the country, from 62 percent in Kolda to 100 percent in the region of Fatick. At the national level, the availability of the three basic child health services is 80 percent for all facilities.

Table 3.7 presents the frequency of availability of two basic child health services—curative care for sick children and growth monitoring—according to the type of facility, managing authority, and region.

Generally, all facilities with curative care for children provide it at a frequency of five or more days per week (97 percent), especially at the level of health posts and health centers, and this is the case in all regions. The lowest percentage was noted in Dakar with 93 percent.

On the other hand, among the facilities that offer growth monitoring, only one health post in two provides growth monitoring at this frequency. This service is regularly available in very few health huts: 8 percent make it available five or more days per week, while 1 percent offers it one to two times per week.

**Table 3.7** Frequency of availability of child health services—curative care and growth monitoring

Among all facilities offering outpatient curative care for sick children and growth monitoring, the percentages providing the service at the facility at specific frequencies by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Outpatient curative care for sick children				Growth monitoring			Number of facilities
	1–2 days per week	3–4 days per week	5 days and more per week	Number of facilities	1–2 days per week	3–4 days per week	5 days and more per week	
<b>Facility type</b>								
Hospital	11	0	89	14	8	0	92	10
Health center	3	0	97	28	26	2	64	20
Health post	1	0	98	301	19	0	50	282
<b>Managing authority</b>								
Public	1	0	99	297	19	0	51	274
Private	7	1	89	46	17	0	58	39
<b>Region</b>								
Dakar	7	0	93	56	17	1	81	51
Diourbel	0	0	100	24	22	0	62	24
Fatick	0	0	100	22	30	0	18	22
Kaffrine	0	0	100	14	11	0	9	14
Kaolack	0	0	100	23	74	0	10	18
Kédougou	0	6	94	7	0	0	29	7
Kolda	0	0	100	17	7	0	73	14
Louga	0	0	100	22	6	0	87	22
Matam	0	0	100	17	18	0	76	17
Saint Louis	0	0	100	29	0	0	100	29
Sédhiou	0	0	100	12	27	0	12	11
Tambacounda	0	0	100	23	15	0	19	16
Thiès	3	0	94	47	25	0	50	44
Ziguinchor	0	0	95	29	11	0	2	25
Total	2	0	97	343	19	0	52	313
Health hut	5	0	88	72	1	0	8	65

Note: Some facilities provide the service less than one day per week; therefore, the total percentages may not add to 100 percent.

Growth monitoring at a frequency of five or more days per week is seldom available in the regions of Ziguinchor (2 percent), Kaffrine (9 percent), and Kaolack (10 percent).

*Frequency of Availability of Child Health Services: Immunization Services*

Table 3.8 shows the frequency of availability of immunizations among facilities that offer routine immunization services for children.

Overall, even if the routine immunization services are available in facilities, they are rarely offered on all five days in the week.

While polio and DPT/pentavalent vaccinations are administered almost every working day of the week in one in three (39 percent) facilities that offer vaccination services, vaccinations against measles and tuberculosis are only available all five days in 6 percent and 4 percent, respectively, of facilities offering routine child vaccination services.

Table 3.8. Frequency of availability of child health services–vaccination services

Among facilities offering routine child vaccination services, the percentages providing the service at the facility at specific frequencies by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Routine polio vaccination						Routine DPT/pentavalent vaccination						Routine measles vaccination						Routine BCG vaccination						
	1–2 days a week		3–4 days a week		5 days and more a week		1–2 days a week		3–4 days a week		5 days and more a week		1–2 days a week		3–4 days a week		5 days and more a week		1–2 days a week		3–4 days a week		5 days and more a week		
	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	Number of facilities	Percentage	
<b>Facility type</b>																									
Hospital	35	0	54	6	54	0	35	6	6	42	0	47	6	44	0	34	6	274	0	3	26	0	12	26	
Health center	35	4	41	22	38	4	37	22	22	59	2	6	6	48	6	9	22	274	0	3	26	0	12	26	
Health post	26	0	35	277	38	0	23	277	38	35	0	5	276	34	0	3	272	274	0	3	26	0	12	26	
<b>Managing authority</b>																									
Public	27	0	37	279	40	0	24	279	40	38	0	5	278	35	0	3	274	274	0	3	26	0	12	26	
Private	28	0	22	26	22	0	28	26	26	31	0	16	26	36	0	12	26	26	0	12	26	0	12	26	
<b>Region</b>																									
Dakar	35	2	56	50	64	2	29	50	64	58	0	15	50	55	2	14	50	50	0	14	50	0	14	50	
Diourbel	11	0	72	24	72	0	11	24	24	49	2	6	24	47	2	7	24	24	0	7	24	0	7	24	
Fatick	36	0	18	22	18	0	36	22	18	18	0	0	22	16	0	0	22	22	0	0	22	0	0	22	
Kafrine	23	0	0	13	0	0	23	13	13	23	0	0	13	23	0	0	13	13	0	0	13	0	0	13	
Kaolack	58	0	14	20	14	0	58	20	20	62	0	0	20	63	0	0	19	19	0	0	19	0	0	19	
Kédougou	6	0	0	6	0	0	6	6	6	6	0	0	6	6	0	0	6	6	0	0	6	0	0	6	
Kolda	15	0	11	12	0	0	27	12	12	27	0	0	12	27	0	0	12	12	0	0	12	0	0	12	
Louga	9	0	65	20	65	0	9	20	20	16	0	3	20	18	0	3	19	19	0	3	19	0	3	19	
Matam	38	0	30	17	35	0	26	17	17	62	0	6	17	56	0	6	17	17	0	6	17	0	6	17	
Saint Louis	23	0	67	25	77	0	17	25	25	47	0	0	25	47	0	0	25	25	0	0	25	0	0	25	
Sédhiou	27	0	18	11	24	0	21	11	11	21	0	6	11	27	0	6	11	11	0	6	11	0	6	11	
Tambacounda	22	0	25	18	25	0	22	18	18	22	0	15	18	11	0	9	16	16	0	9	16	0	9	16	
Thiès	31	0	31	38	35	0	31	38	38	47	0	8	38	38	0	1	38	38	0	1	38	0	1	38	
Ziguinchor	18	0	5	28	10	0	8	28	28	3	0	0	28	2	0	0	28	28	0	0	28	0	0	28	
Total	27	0	35	305	39	0	24	305	305	37	0	6	304	35	0	4	300	300	0	4	300	0	4	300	
Health hut	NA	NA	NA	0	2	0	0	34	34	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	

NA = Not applicable

Note : DPT = diphtheria, pertussis, and tetanus; BCG = bacillus Calmette–Guérin

Some facilities provide the service less than one day per week; therefore, the total percentages may not add to 100 percent.

## Availability of Vaccines

Table 3.9 describes the availability of vaccines according to the type of facility, the managing authority, and the region. This availability was assessed only in the facilities that store vaccines.

Among the facilities that offer childhood immunization services and routinely store vaccines, health centers have the greatest availability of vaccines. Indeed, 93 percent of them have all the basic childhood vaccines (DPT/pentavalent, oral polio vaccine, measles vaccine, and BCG vaccine). By comparison, only 84 percent and 69 percent of hospitals and health posts, respectively, have these basic vaccines.

**Table 3.9 Availability of vaccines**

Among facilities that offer child vaccination services and routinely store vaccines at the facility, the percentages having unexpired indicated vaccines observed on the day of the survey by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering child vaccination services and storing vaccines where the following vaccines were observed					Number of facilities offering child vaccination services and storing vaccines
	DPT/pentavalent <sup>t1</sup>	Oral polio vaccine	Measles vaccine	BCG vaccine	All basic child vaccines <sup>2</sup>	
<b>Facility type</b>						
Hospital	100	84	100	100	84	3
Health center	98	98	100	95	93	22
Health post	89	91	91	82	69	262
<b>Managing authority</b>						
Public	90	92	93	84	72	266
Private	87	85	73	74	64	22
<b>Region</b>						
Dakar	97	91	93	89	82	45
Diourbel	94	100	94	94	83	24
Fatick	88	88	88	88	88	22
Kaffrine	95	90	90	95	79	13
Kaolack	10	90	100	81	10	14
Kédougou	85	41	85	71	27	6
Kolda	92	92	92	85	61	12
Louga	100	93	100	86	79	20
Matam	100	100	94	87	81	16
Saint Louis	84	89	89	79	68	25
Sédhiou	88	76	88	88	70	11
Tambacounda	82	82	91	86	78	15
Thiès	100	100	92	92	88	35
Ziguinchor	95	95	81	42	42	28
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>83</b>	<b>71</b>	<b>287</b>

Note: The measures presented in this table comprise the indicators included as part of the medicines and commodities domain for assessing readiness to provide routine child vaccination services within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (WHO 2012).

<sup>1</sup> Pentavalent = DPT + hepatitis B + haemophilus influenza B.

<sup>2</sup> At least one unexpired vial or ampoule each of DPT/pentavalent vaccine, oral polio vaccine, measles vaccine, and BCG vaccine with relevant diluents available.

There are considerable disparities with regard to the availability of all basic vaccines in the regions, with 8 of the 14 regions having rates above the national mean of 71 percent. The regions of Fatick and Thiès, both with 88 percent are the most successful in this area. By contrast, among facilities that provide immunization services and store vaccines, the proportions having all vaccines are lowest in the regions of Kaolack, Kédougou, and Ziguinchor (10 percent, 27 percent, and 42 percent availability, respectively). All the other regions have greater than 50 percent availability.

### **3.7 Family Planning**

During the SCSPA 2012–2013, data were collected on the availability of family planning services and the guidelines and protocols related to the services offered. In addition, information was gathered on the management and technical components that ensure good quality services. Service providers respect for the guidelines, standards, and protocols in the delivery of FP services was also measured.

#### *Availability of FP Services According to Baseline Characteristics*

A facility that provides a wide range of family planning methods will be better able to meet the needs of users. Table 3.10 shows the availability of family planning services.

More than three-quarters of health facilities (85 percent) offer temporary methods, including the Standard Days Method (SDM) and modern methods of family planning. It is more common to find temporary methods in health centers and health posts (78 percent and 87 percent respectively) than in hospitals (65 percent). Similarly, public facilities (94 percent) offer temporary methods more frequently than private facilities (39 percent).

Less than half of all facilities (45%) perform male or female sterilizations or counsel on these methods. Male sterilization (vasectomy) or female sterilization (tubal ligation) is not available in the regions of Kaffrine, Kédougou, and Tambacounda and availability is limited everywhere else, except in the regions of Diourbel (89 percent) and Kaolack (98 percent).



Table 3.10 Availability of family planning services

Among all facilities, the percentages offering temporary methods of family planning and male or female sterilization and the percentage offering any family planning by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Temporary methods of family planning (FP)						Number of facilities
	Percentage offering any temporary modern method of FP <sup>1</sup>	Percentage offering counseling on periodic abstinence/rhythm	Percentage offering any temporary method of FP <sup>2</sup>	Percentage offering male or female sterilization <sup>3</sup>	Percentage offering any modern FP <sup>4</sup>	Percentage offering any FP service <sup>5</sup>	
<b>Facility type</b>							
Hospital	65	45	65	35	65	65	17
Health center	78	55	78	41	78	78	30
Health post	87	62	87	46	87	87	317
<b>Managing authority</b>							
Public	94	67	94	49	94	94	302
Private	39	32	39	25	39	39	62
<b>Region</b>							
Dakar	71	54	71	48	71	71	71
Diourbel	95	95	95	89	95	95	25
Fatick	100	74	100	67	100	100	22
Kaffrine	91	0	91	0	91	91	14
Kaolack	98	98	98	98	98	98	23
Kédougou	75	7	75	0	75	75	9
Kolda	73	70	73	51	73	73	17
Louga	90	69	90	27	90	90	23
Matam	94	75	94	53	94	94	17
Saint Louis	91	86	91	58	91	91	29
Sédhiou	97	86	97	37	97	97	12
Tambacounda	80	11	80	0	80	80	24
Thiès	83	42	83	23	83	83	48
Ziguinchor	81	68	81	48	81	81	29
Total	85	61	85	45	85	85	364
Health hut	43	33	43	NA	43	43	74

<sup>1</sup> Facility provides, prescribes, or counsels clients on any of the following temporary methods of family planning: contraceptive pills (combined or progestin-only), injectables (combined or progestin-only), implants, intrauterine contraceptive devices (IUDs), male condoms, female condoms, CycleBeads for Standard Days Method, or other modern methods such as the diaphragms or spermicides.

<sup>2</sup> Facility provides, prescribes, or counsels clients on any of the following temporary methods of family planning: contraceptive pills (combined or progestin-only), injectables (combined or progestin-only), implants, IUDs, male condoms, female condoms, CycleBeads for Standard Days Method, or periodic abstinence/rhythm.

<sup>3</sup> Providers in the facility perform male or female sterilization or counsel clients on male or female sterilization.

<sup>4</sup> Facility provides, prescribes, or counsels clients on any of the following: contraceptive pills (combined or progestin-only), injectables (combined or progestin-only), implants, IUDs, male condoms, female condoms, CycleBeads for Standard Days Method, female sterilization (tubal ligation) or male sterilization (vasectomy).

<sup>5</sup> Facility provides, prescribes, or counsels clients on any of the following: contraceptive pills (combined or progestin-only), injectables (combined or progestin-only), implants, IUDs, male condoms, female condoms, CycleBeads for Standard Days Method, female sterilization (tubal ligation) or male sterilization (vasectomy), or periodic abstinence/rhythm.

### *Health Facilities Providing, Prescribing, or Counseling Clients on any FP Method*

Providers of family planning methods are expected to communicate some basic information to their clients, including use of the method, possible changes, potential side effects, and measures to be taken when problems arise that are related to the method.

Tables 3.11.1 and 3.11.2 present, for facilities offering any family planning service, the percentages that provide, prescribe, or counsel clients on specific FP methods, according to the type of facility and managing authority and region.

In virtually all facilities offering family planning services, combined oral contraceptive pills (97 percent), oral progestin-only pills (96 percent) and progestin-only injectables (97 percent) are by far the methods most often provided, prescribed, or recommended to patients. Tubal ligation services are available in one out of two facilities (53

percent) while vasectomy services are available only in one in three (29 percent) of the facilities.

Table 3.11.1 Methods of family planning offered by facility type and managing authority

Among facilities offering any family planning services, the percentages that provide, prescribe, or counsel clients on specific family planning methods by facility type and managing authority, Senegal SCSPA 2012–2013

Methods provided, prescribed, or counseled	Facility type			Managing authority		Total	Health hut
	Hospital	Health center	Health post	Public	Private		
Combined oral contraceptive pills	90	100	97	98	89	97	94
Progestin-only oral pill	90	100	96	97	89	96	91
Progestin-only injectable (2 or 3 monthly)	93	98	97	97	90	97	67
Combined injectable	58	63	55	56	49	55	44
Male condom	81	90	93	93	86	92	90
Female condom	72	79	70	70	84	71	68
Intrauterine contraceptive device	96	94	83	83	91	84	NA
Implant	95	98	84	85	91	86	NA
CycleBeads (for Standard Day Method)	82	84	79	79	93	80	89
Tubal ligation	54	53	53	52	64	53	NA
Vasectomy	25	27	29	27	56	29	NA
At least 2 temporary modern methods <sup>1</sup>	100	100	99	100	93	99	94
At least 4 temporary modern methods <sup>1</sup>	100	100	98	98	93	98	90
Emergency contraception	93	84	72	72	91	73	NA
Periodic abstinence/rhythm	69	70	72	71	81	72	78
Number of facilities offering any family planning services	11	23	274	284	24	309	32

NA = Not applicable

<sup>1</sup> Any methods other than male or female sterilization, emergency contraception, and periodic abstinence or rhythm.

Table 3.11.2. Methods of family planning offered by region

Among facilities offering any family planning services, the percentages that provide, prescribe, or counsel clients on specific family planning methods by region, Senegal SCSPA 2012–2013

Methods provided, prescribed, or counseled	Region														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kafrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès	Ziguinchor	
Combined oral contraceptive pills	98	100	100	100	100	65	100	100	100	100	100	79	96	100	97
Progestin-only oral pill	98	100	100	100	100	72	93	100	100	100	100	79	96	94	96
Progestin-only injectable (2 or 3 monthly)	97	89	94	100	97	93	89	100	100	100	100	100	96	100	97
Combined injectable	46	100	94	100	97	79	26	7	9	20	0	100	81	0	55
Male condom	96	89	86	100	92	93	100	100	88	100	100	91	80	94	92
Female condom	72	76	57	33	92	45	74	93	57	100	79	51	49	89	71
Intrauterine contraceptive device	98	89	77	48	100	24	100	100	81	95	94	63	72	77	84
Implant	98	89	82	53	100	29	100	100	81	95	94	58	76	89	86
CycleBeads (for Standard Day Method)	87	100	80	33	100	36	100	100	94	95	94	30	68	60	80
Tubal ligation	68	94	67	0	100	0	70	30	57	64	38	0	27	58	53
Vasectomy	31	89	67	0	100	0	7	9	9	13	0	0	19	0	29
At least 2 temporary modern methods <sup>1</sup>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96	100	99
At least 4 temporary modern methods <sup>1</sup>	100	100	94	100	100	72	100	100	100	100	100	93	96	100	98
Emergency contraception	86	100	80	35	94	22	82	86	60	95	94	42	39	72	73
Periodic abstinence/rhythm	77	100	74	0	100	9	96	77	80	95	88	14	51	83	72
Number of facilities offering any family planning services	51	23	22	13	23	7	13	20	16	26	11	19	40	24	309

<sup>1</sup> Any methods other than male or female sterilization, emergency contraception, and periodic abstinence or rhythm

### Health Facilities Providing Specific FP Methods to Clients

Tables 3.12.1 and 3.12.2 present the percentages of facilities offering any family planning service that provide specific modern methods according to the type of facility and managing authority and region.

Three-quarters of facilities offering any FP service provide at least two modern temporary methods and only 1 percent perform tubal ligations or vasectomies.

Among health huts offering any FP service, only one in two actually provide the pill (54 percent for the combined oral contraceptive pill and 50 percent for progestin oral pills alone).

The regions of Ziguinchor, Sédhiou, Kolda, and Tambacounda are notable because facilities in these regions that offer FP services are unable to provide most FP methods.

**Table 3.12.1** Methods of family planning provided<sup>1</sup> by facility type and managing authority

Among facilities offering any family planning services, the percentages that provide clients with specific modern family planning methods by facility type and managing authority, Senegal SCSPA 2012–2013

Methods provided	Facility type			Managing authority		Total	Health hut
	Hospital	Health center	Health post	Public	Private		
Combined oral contraceptive pills	24	67	62	65	15	61	54
Progestin-only oral pill	24	67	62	65	15	61	50
Progestin-only injectable (2 or 3 monthly)	29	69	64	66	27	63	5
Combined injectable	17	42	38	41	3	38	0
Male condom	41	62	72	75	12	70	51
Female condom	29	40	39	41	7	38	22
Intrauterine contraceptive device	25	52	31	34	17	33	NA
Implant	26	60	35	39	15	37	NA
CycleBeads (for Standard Days Method)	12	31	28	29	12	27	33
Tubal ligation	0	2	1	1	0	1	NA
Vasectomy	0	2	1	1	0	1	NA
At least 2 temporary modern methods <sup>2</sup>	40	72	76	80	17	75	55
At least 4 temporary modern methods <sup>2</sup>	29	64	61	64	17	61	34
Emergency contraception	16	33	25	26	15	25	NA
Number of facilities offering any family planning services	11	23	274	284	24	309	32

NA = Not applicable

<sup>1</sup> The facility reports that it stocks the method in the facility and makes it available to clients without clients having to go elsewhere to obtain it. In the case of vasectomy and tubal ligation, providers in the facility perform the procedures.

<sup>2</sup> Any methods other than male or female sterilization and emergency contraception.

Table 3.12.2. Methods of family planning offered<sup>1</sup> by region

Among facilities offering any family planning services, the percentages that provide clients with specific modern family planning methods by region, Senegal SCSPA 2012–2013

Methods provided	Region														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès	Ziguinchor	
Combined oral contraceptive pills	43	91	55	100	83	58	0	100	91	93	0	71	60	0	61
Progestin-only oral pill	43	91	55	100	83	72	0	100	91	93	0	71	60	0	61
Progestin-only injectable (2 or 3 monthly)	41	69	55	100	77	93	0	100	91	93	6	92	68	13	63
Combined injectable	16	85	55	100	83	79	0	0	0	0	0	92	54	0	38
Male condom	54	74	51	98	57	93	44	91	79	95	30	82	64	92	70
Female condom	28	39	16	33	51	45	26	48	14	76	12	43	23	81	38
Intrauterine contraceptive device	42	35	26	48	53	24	0	41	8	29	0	63	43	0	33
Implant	41	57	31	48	53	29	0	43	35	37	0	58	43	0	37
CycleBeads (for Standard Days Method)	18	74	43	0	59	9	0	27	20	58	0	0	26	0	27
Tubal ligation	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
Vasectomy	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
At least 2 temporary modern methods <sup>2</sup>	47	91	69	100	83	100	26	100	91	95	12	93	75	81	75
At least 4 temporary modern methods <sup>2</sup>	43	91	49	100	77	72	0	93	79	93	0	85	64	0	61
Emergency contraception	31	85	23	31	59	16	0	5	8	22	0	23	9	6	25
Number of facilities offering any family planning services	51	23	22	13	23	7	13	20	16	26	11	19	40	24	309

<sup>1</sup> The facility reports that it stocks the method in the facility and makes it available to clients without clients having to go elsewhere to obtain it. In the case of vasectomy and tubal ligation, providers in the facility perform the procedures.

<sup>2</sup> Any methods other than male or female sterilization and emergency contraception

## Availability of FP Commodities

Tables 3.13.1 and 3.13.2 present the availability of FP commodities for facilities that offer each modern method of family planning, according to the type of facility and managing authority and region.

Eight in ten facilities (80 percent) offering FP services had all of the temporary modern methods that they provided available on the day of the survey. However, the availability was lower in the regions of Matam (48 percent), Diourbel (67 percent), and Louga (62 percent).

**Table 3.13.1 Availability of family planning commodities by facility type and managing authority**

Among facilities that provide<sup>1</sup> the indicated modern family planning method, the percentages where the commodity was observed to be available on the day of the survey by facility type and managing authority, Senegal SCSPA 2012–2013

Method	Facility type			Managing authority			
	Hospital	Health center	Health post	Public	Hospital	Total	Health hut
Combined oral contraceptive pills	100	82	95	94	100	94	92
Progestin-only oral pill	100	97	93	93	100	94	62
Progestin-only injectable (2 or 3 monthly)	100	97	95	96	100	96	100
Combined injectable	100	91	97	97	100	97	NA
Male condom	80	74	90	89	100	89	100
Female condom	63	56	85	82	100	82	100
Intrauterine contraceptive device	100	89	95	94	100	94	NA
Implant	100	93	95	95	100	95	NA
CycleBeads (for Standard Days Method)	100	95	90	90	100	90	100
Every method provided by facility was available on day of survey	81	64	81	77	100	80	90

NA = Not applicable

Note: The combined oral contraceptive pills, injectable contraceptives, and the male condom measures presented in the table comprise the medicines and commodities domain for assessing readiness to provide family planning services within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012). Each commodity or method shown in this table was observed to be available in the service area or location where commodities are stored and at least one of the observed commodities or methods was valid, i.e., within expiration date.

<sup>1</sup> The facility reports that it stocks the method in the facility and makes it available to clients without clients having to go elsewhere to obtain it.

Table 3.13.2. Availability of family planning commodities by region

Among facilities that provide the indicated modern family planning method, the percentages where the commodity was observed on the day of the survey by facility type and managing authority, Senegal SCSPA 2012-2013

Method	Region														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès	Ziguinchor	
Combined oral contraceptive pills	100	88	100	100	93	100	-	82	90	100	-	97	96	-	94
Progestin-only oral pill	100	81	100	100	100	100	-	93	66	100	-	100	92	-	94
Progestin-only injectable (2 or 3 monthly)	93	92	100	100	100	100	-	93	93	100	100	100	88	100	96
Combined injectable	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	100	83	-	97
Male condom	91	85	96	100	100	94	84	82	69	84	100	92	84	100	89
Female condom	83	71	63	84	88	71	86	52	100	83	100	89	70	100	82
Intrauterine contraceptive device (IUD)	93	100	100	100	100	70	-	77	100	95	-	100	89	-	94
Implant	98	90	100	100	100	100	-	100	82	86	-	100	89	-	95
CycleBeads (for Standard Days Method)	69	100	100	-	100	37	-	100	69	91	-	-	74	-	90
Every method provided by facility was available on day of survey	81	67	89	95	93	77	91	62	48	71	100	90	74	100	80

Note: The combined oral contraceptive pills, injectable contraceptives, and the male condom measures presented in the table comprise the medicines and commodities domain for assessing readiness to provide family planning services within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012). Each commodity or method shown in this table was observed to be available in the service area or location where commodities are stored, and at least one of the observed commodities or methods was valid, i.e., within expiration date.

<sup>1</sup>The facility reports that it stocks the method in the facility and makes it available to clients without clients having to go elsewhere to obtain it.

### 3.8 Availability of Maternal Health Services and Newborn Care

The SCSPA 2012–2013 was used to assess the following:

- availability of specific maternal health services
- availability of guidelines, means of transport, and equipment for delivery services
- availability of drugs and basic commodities to support deliveries and newborns
- percentage of facilities that offered emergency obstetric care for at least the last three months preceding the survey

#### *Availability of Specific Maternal Health Services*

Table 3.14 shows the availability of maternal health services.

Overall, almost 9 in 10 health facilities offer antenatal care (89 percent), and 29 percent of health huts have outreach ANC services available. These services are more often offered in health posts (91 percent) and much more frequently in public facilities than in private ones (95 percent versus 60 percent). Even though these services are offered in all the regions, they are less prevalent in Kolda (73 percent) and Kédougou (75 percent).

Normal delivery services are offered in 76 percent of all facilities and in more than two-thirds of facilities in the regions, except in Dakar where only 37 percent of facilities offer this service.

For caesarean sections, only 4 percent of surveyed facilities were offering this service and only in hospitals (62 percent) and some health centers (10 percent). The distribution is uneven across regions; In Fatick and Ziguinchor, no facilities offer this service, compared with 10 percent in Dakar and 7 percent in both Thiès and Kédougou.

The vast majority (97 percent) of surveyed facilities that offer normal delivery services reported that a skilled provider for delivery care is available at the facility or on call 24 hours a day.

However, daily duty rosters were observed in only 17 percent of these facilities, with the lowest percentages in the regions of Sédhiou (0 percent), Matam (3 percent), and Kolda (4 percent). It should be noted that there is considerable involvement of the private sector in the availability of these services around the clock.



Table 3.14 Availability of maternal health services

Among all facilities, the percentages offering specific maternity services and the full range of maternity services and, among facilities that offer normal delivery services, the percentages having a skilled provider available onsite or on call 24 hours a day to conduct deliveries, with or without an observed duty schedule, by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering the following:						Number of facilities	Percentage of facilities offering normal delivery services that have the following:		
	Antenatal care (ANC)	Normal delivery service	Caesarean delivery	ANC and normal delivery services	ANC, normal delivery, and caesarean section			Provider of delivery care available on-site or on call 24 hours/day with observed duty schedule	Provider of delivery care available on-site or on call 24 hours/day with or without observed duty schedule	Number of facilities offering normal delivery services
<b>Facility type</b>										
Hospital	76	80	62	73	55	17	78	97	14	
Health center	79	66	10	66	10	30	83	100	20	
Health post	91	76	1	76	1	317	8	96	242	
<b>Managing authority</b>										
Public	95	85	3	85	3	302	14	97	257	
Private	60	29	12	27	10	62	59	100	18	
<b>Region</b>										
Dakar	80	37	10	35	8	71	46	78	26	
Diourbel	98	98	3	98	3	25	13	95	24	
Fatick	100	94	0	94	0	22	7	100	21	
Kafrine	91	91	6	91	6	14	12	100	13	
Kaolack	92	86	2	86	2	23	20	93	20	
Kédougou	75	75	7	75	7	9	22	100	7	
Kolda	73	68	3	68	3	17	4	96	12	
Louga	90	90	2	90	2	23	32	100	20	
Matam	100	100	1	100	1	17	3	100	17	
Saint Louis	91	86	2	86	2	29	6	100	25	
Sédhiou	97	97	2	97	2	12	0	100	11	
Tambacounda	80	72	1	72	1	24	10	100	17	
Thiès	95	78	7	78	7	48	27	100	37	
Ziguinchor	91	81	0	81	0	29	10	100	24	
Total	89	76	4	75	4	364	17	97	275	
Health hut	29	76	NA	25	NA	74	NA	99	56	

NA = Not applicable

### Availability of Antenatal Care

Table 3.15 shows the availability of antenatal care as well as the number of days the services are offered per week according to the type of facility, managing authority, and region.

Overall, 89 percent of health facilities offer ANC services and among those providing these services, 93 percent offer them at least five days a week. Among the facilities that provide ANC services, these services are notably more consistently offered in the public than in the private sector. Indeed, 9 percent of the public facilities provide ANC services at least five days a week compared to 63 percent for the private sector.

**Table 3.15** Availability of antenatal care services

Among all facilities, the percentage offering ANC services and, among facilities offering ANC services, the percentages offering the service on the indicated number of days per week by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering ANC	Number of facilities	Percentage of facilities offering ANC where ANC services are offered the indicated number of days per week <sup>1</sup>			Tetanus toxoid vaccine every day ANC is offered	Number of facilities offering ANC
			1–2 days	3–4 days	5 or more days		
<b>Facility type</b>							
Hospital	76	17	0	8	92	58	13
Health center	79	30	9	2	87	94	24
Health post	91	317	5	1	93	96	287
<b>Managing authority</b>							
Public	95	302	2	1	96	98	287
Private	60	62	28	5	63	70	37
<b>Region</b>							
Dakar	80	71	4	1	94	84	57
Diourbel	98	25	5	0	95	98	24
Fatick	100	22	12	0	88	100	22
Kaffrine	91	14	0	0	100	100	13
Kaolack	92	23	6	0	94	90	22
Kédougou	75	9	7	0	93	100	7
Kolda	73	17	0	4	96	89	13
Louga	90	23	0	0	100	98	20
Matam	100	17	6	0	94	100	17
Saint Louis	91	29	0	0	100	100	26
Sédhiou	97	12	0	12	88	100	11
Tambacounda	80	24	4	0	96	100	19
Thiès	95	48	12	4	81	92	45
Ziguinchor	91	29	5	0	90	100	27
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>364</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>93</b>	<b>95</b>	<b>324</b>
Health hut	29	74	5	0	13	NA	21

NA = Not applicable

<sup>1</sup> Some facilities offer ANC services less often than one day per week, and so the percentages may add to less than 100 percent.

### Availability of Essential Medicines for ANC

Table 3.16 presents the availability of essential medicines and tetanus toxoid vaccine for ANC in the facilities that offer ANC services.

Iron tablets (85 percent), folic acid (78 percent), and tetanus toxoid vaccine (85 percent) were observed to be available in more than three-quarters of the surveyed facilities that offer ANC services. However, these medicines and products are far less available in hospitals and private facilities offering ANC services.

Table 3.16 Availability of medicines for routine antenatal care

Among facilities offering antenatal care (ANC) services, percentages with essential medicines and tetanus toxoid vaccine for ANC observed to be available on the day of the survey by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering ANC that have indicated medicines				Number of facilities offering ANC
	Iron tablets	Folic acid tablets	Iron or folic acid tablets	Tetanus toxoid vaccine	
<b>Facility type</b>					
Hospital	59	56	59	38	13
Health center	84	84	86	84	24
Health post	86	78	86	88	287
<b>Managing authority</b>					
Public	89	82	89	89	287
Private	51	47	51	57	37
<b>Region</b>					
Dakar	64	63	64	76	57
Diourbel	84	67	84	98	24
Fatick	84	49	84	88	22
Kaffrine	100	100	100	95	13
Kaolack	88	71	90	90	22
Kédougou	100	100	100	93	7
Kolda	93	93	93	85	13
Louga	93	93	93	95	20
Matam	83	83	83	41	17
Saint Louis	95	95	95	66	26
Sédhiou	94	94	94	100	11
Tambacounda	93	93	93	100	19
Thiès	77	64	77	88	45
Ziguinchor	100	100	100	100	27
Total	85	78	85	85	324
Health hut	37	37	37	NA	21

NA = Not applicable

Note: The medicines and vaccine presented in the table comprise the medicines and commodities domain for assessing readiness to provide ANC services within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

### *Availability of Guidelines, Transportation and Equipment for Delivery Services*

Table 3.17 shows the availability of guidelines and protocols, equipment, and trained personnel in health facilities providing delivery services by the type of facility, managing authority, and region.

Among the facilities offering normal delivery services, guidelines and protocols for the Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC) are only available in about two facilities in three (61 percent) and much less frequently in the region of Tambacounda, where the availability is only 5 percent.

Staff are trained in these guidelines in only around a third of facilities, mainly in the public sector.

In facilities that offer delivery services, both emergency logistics and equipment that are essential in the campaign against maternal and neonatal mortality are in short supply: 51 percent of facilities have emergency transportation; 57 percent have examination lamps; 40 percent have a suction apparatus (mucus extractor) to fight against asphyxia in the newborn; 6 percent have a vacuum extractor to aid in difficult labor; and 42 percent have a manual vacuum aspirator or dilation and curettage (D&C) kit for post-abortion care.

Table 3.17 Guidelines, trained staff, and equipment for delivery services

Among facilities offering normal delivery services, the percentages having guidelines, at least one staff member recently trained in delivery care, and basic equipment for routine delivery available in the facility on the day of the survey by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering normal delivery services that have the following indicated equipment										Number of facilities offering normal delivery services	
	Guidelines on IMPAC <sup>1</sup>	Staff trained in IMPAC <sup>2</sup>	Emergency transport <sup>3</sup>	Examination light <sup>4</sup>	Delivery pack <sup>5</sup>	Suction apparatus (mucus extractor)	Manual vacuum extractor	Vacuum aspirator or D&C kit <sup>6</sup>	Neonatal bag and mask	Partograph <sup>7</sup>		Gloves <sup>8</sup>
<b>Percentage of facilities offering normal delivery services that have the following</b>												
<b>Facility type</b>												
Hospital	43	41	73	83	100	86	47	49	89	70	100	14
Health center	71	54	95	60	98	62	21	47	79	91	95	20
Health post	62	36	47	55	96	36	2	41	45	80	96	242
<b>Managing authority</b>												
Public	63	38	51	55	96	38	4	42	48	82	96	257
Private	31	27	52	85	100	75	31	51	76	65	100	18
<b>Region</b>												
Dakar	42	40	33	67	98	64	18	47	64	75	93	26
Dourbel	67	32	67	78	95	62	2	52	33	2	100	24
Fatick	69	44	63	94	100	75	0	88	67	81	100	21
Kaffrine	39	35	48	36	100	0	10	32	46	95	100	13
Kaolack	86	27	69	100	100	55	4	52	32	87	100	20
Kédougou	29	27	22	31	93	0	4	20	38	93	100	7
Kolda	92	32	68	60	92	16	0	40	52	68	96	12
Louga	77	34	59	25	100	41	7	23	41	71	86	20
Matam	58	40	30	32	100	52	1	12	53	71	94	17
Saint Louis	82	70	18	55	100	33	6	36	51	93	89	25
Sédhiou	61	42	58	49	94	17	0	49	53	94	100	11
Tambacounda	5	27	46	26	92	4	1	9	27	92	92	17
Thiès	48	43	43	46	89	50	12	39	51	85	96	37
Ziguinchor	83	17	89	64	100	13	2	60	72	60	100	24
Total	61	38	51	57	97	40	6	42	50	81	96	275
Health hut	40	7	19	29	87	4	NA	NA	NA	NA	71	56

NA = Not applicable

Note: The indicators presented in this table comprise the staff and training and equipment domains for assessing readiness to provide delivery care within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> IMPAC guidelines or other country-specific guidelines.

<sup>2</sup> Facility has at least one interviewed staff member providing the service who reports receiving in-service training in IMPAC during the 24 months preceding the survey. The training must have involved structured sessions; it does not include individual instruction that a provider might have received during routine supervision.

<sup>3</sup> Facility had a functioning ambulance or other vehicle for emergency transport stationed at the facility and had fuel available on the day of the survey or facility has access to an ambulance or other vehicle for emergency transport that is stationed at another facility or that operates from another facility.

<sup>4</sup> A functioning flashlight is acceptable.

<sup>5</sup> Either the facility had a sterile delivery pack available at the delivery site or else all the following individual equipment must be present: cord clamp, episiotomy scissors, scissors (or blade) to cut cord, suture material with needle, and needle holder.

<sup>6</sup> Facility had a functioning vacuum aspirator or else a dilatation and curettage (D&C) kit available.

<sup>7</sup> A blank partograph at the service site.

<sup>8</sup> Disposable latex gloves or equivalent available at the service site.

The partograph, an essential item for monitoring labor, is available in more than 8 in 10 facilities (81 percent), but is found less frequently in facilities in Ziguinchor (60 percent), Kolda (68 percent), Louga (71 percent), Matam (71 percent), Dakar (75 percent), and Diourbel (78 percent).

### *Medicines and Basic Commodities for Supporting Deliveries and Newborns*

Tables 3.18.1 and 3.18.2 show the availability of medicines and commodities for delivery and newborn care in the health facilities offering delivery services according to the type of facility and managing authority and region.

Across the country, among the facilities providing normal delivery services, there was a limited availability of many essential medications including injectable antibiotics (53percent), magnesium sulfate (28 percent), intravenous fluids with infusion set (54 percent), calcium gluconate (5 percent), misoprostol (1 percent), and dexamethasone (6 percent).

The availability of essential commodities for newborn care is generally low in all regions. Notably, misoprostol is available at the regional level only in Dakar and Thiès.

**Table 3.18.1 Medicines and commodities for delivery and newborn care by facility type and managing authority**

Among facilities offering normal delivery services, the percentages with essential medicines and commodities for delivery care, essential medicines for newborns, and priority medicines for mothers observed to be available on the day of the survey by facility type and managing authority, Senegal SCSPA 2012–2013

Medicines	Facility type			Managing authority		Total	Health hut
	Hospital	Health center	Health post	Public	Private		
<b>Essential medicines for delivery<sup>1</sup></b>							
Injectable uterotonic (oxytocin) <sup>2</sup>	74	79	73	73	83	73	NA
Injectable antibiotic <sup>3</sup>	68	43	53	51	77	53	NA
Injectable magnesium sulphate <sup>2</sup>	66	46	24	26	58	28	NA
Injectable diazepam	77	76	68	68	83	69	NA
Skin disinfectant	91	93	95	96	86	95	74
Intravenous fluids with infusion set <sup>4</sup>	76	64	52	54	60	54	NA
<b>Essential medicines for newborns</b>							
Antibiotic eye ointment <sup>1</sup>	50	38	47	44	79	47	18
4 percent chlorhexidine <sup>1</sup>	74	41	47	46	81	48	72
Injectable gentamicin <sup>2</sup>	61	64	50	52	50	52	NA
Ceftriaxone powder for injection	62	48	19	22	40	23	NA
Amoxicillin suspension	49	89	79	80	44	78	NA
<b>Priority medicines for mothers<sup>5</sup></b>							
Sodium chloride injectable solution	76	91	80	81	74	80	NA
Injectable calcium gluconate	55	5	2	3	38	5	NA
Ampicillin powder for injection	70	89	84	84	71	83	NA
Injectable metronidazole	70	54	28	31	38	32	NA
Misoprostol capsules or tablets	9	0	1	0	16	1	0
Azithromycin capsules or tablets or oral liquid	13	4	2	2	17	3	NA
Cefixime capsules or tablets	38	47	20	23	22	23	NA
Benzathine benzyl penicillin powder for injection	39	75	65	66	38	64	NA
Injectable betamethasone/ dexamethasone	47	11	3	3	43	6	NA
Nifedipine capsules or tablets	35	20	18	18	28	19	NA
Number of facilities offering normal delivery services	14	20	242	257	18	275	56

NA = Not applicable

Note: The essential medicines and antibiotic eye ointment for children presented in this table comprise the medicines domain for assessing readiness to provide basic obstetric care within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> All essential medicines for delivery, antibiotic eye ointment, and 4 percent chlorhexidine were assessed and must be available at the service delivery site.

<sup>2</sup> Injectable uterotonic (e.g., oxytocin), injectable magnesium sulphate, and injectable gentamicin are also classified as priority medicines for mothers.

<sup>3</sup> Injectable penicillin, injectable gentamycin, injectable ampicillin, or injectable ceftriaxone

<sup>4</sup> Normal saline solution, lactated Ringer's solution, or 5 percent dextrose solution

<sup>5</sup> The priority medicines for mothers are defined by WHO; the list is published at <http://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf>.

Table 3.18.2. Medicines and commodities for delivery and newborn care: Region

Medicines	Region														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès	Ziguinchor	
<b>Essential medicines for delivery<sup>1</sup></b>															
Injectable uterotonic (oxytocin) <sup>2</sup>	59	78	79	100	91	86	100	25	40	58	100	92	65	100	73
Injectable antibiotic <sup>3</sup>	26	51	64	100	77	73	48	9	7	9	94	92	48	98	53
Injectable magnesium sulphate <sup>2</sup>	36	6	48	48	22	52	20	23	22	10	35	36	22	42	28
Injectable diazepam	68	67	85	100	84	100	96	18	14	14	88	100	80	94	69
Skin disinfectant	92	89	92	100	93	100	96	93	88	93	100	100	98	100	95
Intravenous fluids with infusion set <sup>4</sup>	67	73	83	95	91	100	8	25	14	19	39	84	62	19	54
<b>Essential medicines for newborns</b>															
Antibiotic eye ointment <sup>1</sup>	36	5	56	90	45	59	80	7	6	2	88	77	64	89	47
4 percent chlorhexidine <sup>1</sup>	54	43	85	0	56	0	88	16	7	15	98	8	62	100	48
Injectable gentamicin <sup>2</sup>	60	36	42	18	28	86	68	48	46	60	70	52	65	58	52
Ceftriaxone powder for injection	21	2	17	69	20	31	32	37	25	3	35	38	28	6	23
Amoxicillin suspension	54	75	83	84	69	72	84	86	77	89	88	77	73	94	78
<b>Priority medicines for mothers<sup>5</sup></b>															
Sodium chloride injectable solution	46	73	98	90	82	76	84	93	77	84	94	84	69	100	80
Injectable calcium gluconate	18	2	0	0	16	0	0	2	0	3	0	0	13	0	5
Ampicillin powder for injection	63	82	73	100	75	86	76	86	83	89	88	84	87	100	83
Injectable metronidazole	26	32	6	53	48	69	44	48	35	17	53	43	25	13	32
Misoprostol capsules or tablets	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1
Azithromycin capsules or tablets or oral liquid	10	5	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	6	3
Cefixime capsules or tablets	15	9	15	48	41	27	28	41	17	14	23	4	37	11	23
Benzathine benzyl penicillin powder for injection	48	43	27	100	32	86	88	88	83	85	97	84	54	58	64
Injectable betamethasone/dexamethasone	16	2	0	0	7	4	8	7	6	3	15	0	11	0	6
Nifedipine capsules or tablets	12	21	0	23	2	0	60	39	26	2	44	17	7	42	19
Number of facilities offering normal delivery services	26	24	21	13	20	7	12	20	17	25	11	17	37	24	275

Note: The essential medicines and antibiotic eye ointment for children presented in this table comprise the medicines domain for assessing readiness to provide basic obstetric care within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> All essential medicines for delivery, antibiotic eye ointment, and 4 percent chlorhexidine were assessed and must be available at the service delivery site.

<sup>2</sup> Injectable uterotonic (e.g., oxytocin), injectable magnesium sulphate, and injectable gentamicin are also classified as priority medicines for mothers.

<sup>3</sup> Injectable penicillin, injectable gentamicin, injectable ampicillin, or injectable ceftriaxone.

<sup>4</sup> Normal saline solution, lactated Ringer's solution, or 5 percent dextrose solution.

<sup>5</sup> The priority medicines for mothers are defined by WHO; the list is published at <http://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf>

*Percentage of Facilities Which Offered Emergency Obstetric Care for at Least the Last Three Months*

Table 3.19 presents, for health facilities offering delivery services, the signal functions performed in cases of emergency obstetric care.

During the three months preceding the survey, a blood transfusion was performed in only 2 percent of all facilities offering delivery services. This service was performed most often in hospitals (40 percent) and rarely in health centers (2 percent). Caesarean sections were performed in 5 percent of facilities during the same period, but much more frequently in the private sector (41 percent) than in the public (3 percent).

Essential functions that were carried out in the facilities providing normal delivery services included the parenteral application of antibiotics (75 percent) and oxytocic drugs (97 percent), assisted vaginal delivery (98 percent), manual removal of the placenta (73 percent), manual aspiration (72 percent), and neonatal resuscitation (68 percent).

Table 3.19 Signal functions for emergency obstetric care

Among facilities offering normal delivery services, percentages reporting that they performed the signal functions for emergency obstetric care at least once during the three months before the survey by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities that applied parenteral			Percentage of facilities that carried out the following						Number of facilities offering normal delivery services
	Antibiotics	Oxytocic	Anti-convulsant	Assisted vaginal delivery	Manual removal of placenta	Removal of retained products of conception (MVA)	Neonatal resuscitation	Blood transfusion	Caesarean section	
<b>Facility type</b>										
Hospital	100	96	64	100	80	75	98	40	76	14
Health center	93	100	81	100	89	90	91	2	15	20
Health post	72	96	36	98	72	71	65	0	1	242
<b>Managing authority</b>										
Public	75	96	41	98	75	74	67	2	3	257
Private	70	97	39	100	56	48	83	5	41	18
<b>Region</b>										
Dakar	93	98	73	100	90	81	100	2	26	26
Diourbel	84	95	35	100	78	57	73	3	3	24
Fatick	63	88	48	100	42	56	88	0	0	21
Kaffrine	90	100	37	100	77	46	58	2	6	13
Kaolack	70	93	38	100	55	70	86	2	2	20
Kédougou	65	100	47	100	66	79	20	9	6	7
Kolda	76	92	36	92	88	72	68	4	4	12
Louga	80	100	43	100	100	100	57	2	2	20
Matam	24	100	24	100	100	100	42	1	1	17
Saint Louis	67	100	8	95	95	100	40	3	3	25
Sédhiou	88	100	49	100	70	82	73	2	2	11
Tambacounda	61	100	38	92	12	20	53	1	1	17
Thiès	91	100	57	96	98	83	85	3	9	37
Ziguinchor	72	89	25	100	30	53	53	0	0	24
Total	75	97	41	98	73	72	68	2	5	275
Health hut	NA	NA	NA	84	NA	NA	NA	NA	NA	56

MVA = manual vacuum aspiration

NA = Not applicable

### 3.9 HIV/AIDS and STI

#### STI

Table 3.20 shows the availability of guidelines and protocols, trained staff, and items for STI services.

The results of the SCSPA 2012–2013 show that while almost all health facilities offer treatment services for STIs (98 percent), guidelines and protocols are available in only 60 percent of facilities offering STI services.

There is widespread availability of the commodities and medicines essential for the prevention and management of STIs, except for injectable ceftriaxone which is only available in 21 percent of facilities offering STI services. In addition, only 35 percent of the staff is trained in the treatment of STIs; this lack of training is most prevalent in Fatick (16 percent), Kolda (17 percent), and Sédhiou (20 percent).

Rapid diagnostic tests for syphilis are only available in 1 percent of facilities offering STI services.

Table 3.20 Guidelines, trained staff, and items for sexually transmitted infection services

Among all facilities, the percentages offering services for sexually transmitted infections (STIs) and, among facilities offering STI services, the percentages with indicated items to support the provision of quality STI services by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering STI services <sup>1</sup>	Number of facilities	Percentage of facilities offering STI services that have the indicated features			Percentage of facilities offering the following STI medicines and commodities				Number of facilities offering STI services
			STI guidelines	Trained staff <sup>2</sup>	Syphilis rapid diagnostic test capacity <sup>3</sup>	Male condoms	Metronidazole	Ciprofloxacin capsules or tablets	Injectable ceftriaxone	
<b>Facility type</b>										
Hospital	90	17	48	51	4	47	70	56	55	15
Health center	99	30	55	65	3	88	85	86	43	30
Health post	98	317	61	31	1	80	85	80	17	310
<b>Managing authority</b>										
Public	99	302	63	36	1	89	88	85	20	300
Private	89	62	46	30	3	26	64	53	26	55
<b>Region</b>										
Dakar	91	71	38	43	1	65	72	61	11	65
Diourbel	100	25	36	30	0	82	70	77	2	25
Fatick	100	22	57	16	0	88	86	74	22	22
Kaffrine	100	14	91	24	0	91	100	86	62	14
Kaolack	100	23	79	24	0	73	79	67	17	23
Kédougou	96	9	72	67	0	94	89	78	35	8
Kolda	95	17	54	17	0	69	86	91	29	16
Louga	100	23	92	37	0	76	86	92	33	23
Matam	100	17	62	24	1	77	83	94	25	17
Saint Louis	100	29	91	44	0	86	91	100	12	29
Sédhiou	100	12	71	20	0	97	91	100	34	12
Tambacounda	100	24	52	39	0	83	83	89	39	24
Thiès	97	48	55	38	5	74	92	69	27	47
Ziguinchor	100	29	57	45	0	94	95	95	5	29
Total	98	364	60	35	1	79	84	80	21	355
Health hut	NA	74	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

NA = Not applicable

Note: The indicators presented in this table comprise the staff and training, diagnostics, and medicines and commodities domains for assessing readiness to provide STI services within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> Providers in the facility diagnose STIs or prescribe treatment for STIs or both.

<sup>2</sup> At least one interviewed provider of STI services reported receiving in-service training on STI diagnosis and treatment during the 24 months preceding the survey. The training must have involved structured sessions; it does not include individual instruction that a provider might have received during routine supervision.

<sup>3</sup> Unexpired syphilis rapid test kit available in the facility



## Voluntary Counseling and Testing (VCT)

Table 3.21 shows the availability of voluntary counseling and testing (VCT) for HIV.

Among the facilities surveyed in the 14 regions, 82 percent reported having a testing system for HIV screening, including 61 percent of hospitals, 79 percent of health centers, and 83 percent of health posts.

**Table 3.21 Availability of HIV testing and counseling services**

Among all facilities, the percentages that report having an HIV testing system and, among facilities with an HIV testing system, the percentages that have HIV testing capacity at the facility and other items to support the provision of quality HIV testing and counseling services by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of all facilities with HIV testing system <sup>1</sup>	Number of facilities	Percentage of facilities with HIV testing system that have the following features					Number of facilities having HIV testing system
			HIV testing capacity <sup>2</sup>	HIV testing and counseling guidelines	Trained provider <sup>3</sup>	Visual and auditory privacy <sup>4</sup>	Condoms <sup>5</sup>	
<b>Facility type</b>								
Hospital	61	17	100	46	75	41	39	10
Health center	79	30	98	64	76	42	67	24
Health post	83	317	100	37	68	2	56	264
<b>Managing authority</b>								
Public	91	302	100	39	70	6	59	274
Private	39	62	100	46	56	6	28	24
<b>Region</b>								
Dakar	62	71	99	26	64	19	44	44
Diourbel	93	25	100	66	89	0	71	23
Fatick	88	22	100	14	93	5	16	20
Kaffrine	100	14	100	49	53	0	91	14
Kaolack	83	23	100	93	78	2	64	19
Kédougou	80	9	100	34	67	5	100	7
Kolda	68	17	100	16	52	28	56	12
Louga	80	23	100	75	69	14	69	18
Matam	100	17	100	13	71	1	6	17
Saint Louis	91	29	100	79	74	6	31	26
Sédhiou	91	12	100	3	87	0	43	11
Tambacounda	83	24	100	36	66	3	91	20
Thiès	84	48	100	32	66	0	62	40
Ziguinchor	91	29	100	12	41	3	80	27
Total	82	364	100	40	69	6	56	298
Health hut	NA	74	NA	NA	NA	NA	NA	NA

NA = Not applicable

Note: The guidelines and trained staff indicators presented in this table correspond to the staff and training domain for assessing readiness to provide HIV testing and testing services within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012). Similarly, the visual and auditory privacy items comprise the equipment domain; the HIV testing capacity comprises the diagnostic domain; and condoms comprise the medicines and commodities domain for assessing readiness to provide HIV testing and counseling services within the WHO-USAID framework.

<sup>1</sup> Facility reports conducting HIV testing in the facility or else in an external testing site and having an agreement with that external site that test results will be returned to the facility.

<sup>2</sup> Facility reports conducting HIV testing in the facility and had HIV rapid diagnostic test kits or ELISA testing capacity or other HIV testing capacity observed in the facility.

<sup>3</sup> Facility had at least one interviewed staff member providing HIV testing services who reported receiving in-service training in some aspect of HIV/AIDS testing and counseling during the 24 months preceding the survey. The training must have involved structured sessions; it does not include individual instruction that a provider might have received during routine supervision.

<sup>4</sup> Private room or screened-off space available in the HIV testing and counseling area that is a sufficient distance from sites where providers and/or other clients may be so that a normal conversation could not be overheard and the client could not be observed by others.

<sup>5</sup> Condoms available at the HIV testing and counseling site on the day of the survey.

HIV screening is carried out much more frequently in the public sector than in the private (91 percent versus 39 percent).

All the facilities that perform HIV testing were found to have the capacity to carry out the testing either because a test kit for rapid screening of HIV was available or an ELISA test or other capabilities for HIV screening were observed in the facility.

Training on VCT guidelines and protocols is an important component of the quality of services. Among the facilities stating that they do HIV screening tests, 69 percent have at least one interviewed staff member providing testing services for HIV screening who reported taking in-service training in counseling and HIV/AIDS screening in the 24 months preceding the survey. This percentage is 70 percent in the public sector compared to 56 percent for the private sector.

Within the context of the VCT guideline to respect confidentiality, only 6 percent of facilities with an HIV testing system have a private room or a space protected by a screen in the consultation and HIV screening service area that is far enough away to offer visual and auditory privacy.

### *Support*

Table 3.22 shows the availability of guidelines and protocols, trained staff, and items to support antiretroviral therapy (ART).

Overall, 9 percent of interviewed facilities offer ART services, that is, they can rely on service providers in the facility to prescribe ART for HIV/AIDS patients or they can provide follow-up treatment services for people on ART, including community-based services.

Among the facilities providing ART services, 51 percent have at least one interviewed respondent providing ART services who reported having received in-service training in some aspect of ART during the 24 months preceding the survey.

For the diagnostic capability of laboratories, the results show 53 percent of interviewed facilities offering antiretroviral therapy services have a functioning hematology analyzer for a complete blood count and 54 percent are able to test renal and liver function while only 23 percent of these facilities carry out a CD4 cell count.

In all, 87 percent of facilities offering ART services (all hospitals) had the three first-line ARTs.

Table 3.22 Guidelines, trained staff, and items for antiretroviral therapy services

Among all facilities, the percentages offering antiretroviral therapy (ART) services and, among facilities offering ART services, the percentages with indicated items to support the provision of quality ART services by background characteristics. Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering ART services <sup>1</sup>	Number of facilities	Percentage of facilities offering ART services that have the following		Percentage of facilities offering ART services that have the following laboratory diagnostic capacity				Number of facilities offering ART services	
			ART guidelines	Trained staff <sup>2</sup>	Complete blood count <sup>3</sup>	CD4 cell count	RNA viral load	Renal or liver function test		First-line adult ART regimen available <sup>4</sup>
<b>Facility type</b>										
Hospital	41	17	89	62	100	57	20	100	100	7
Health center	63	30	78	53	56	18	21	59	88	19
Health post	2	317	34	34	0	0	0	0	75	7
<b>Managing authority</b>										
Public	10	302	70	50	53	24	16	55	88	31
Private	3	62	77	57	43	0	12	43	77	2
<b>Region</b>										
Dakar	8	71	74	67	100	34	16	100	92	6
Diourbel	8	25	100	80	100	60	40	100	100	2
Fatick	6	22	67	100	33	33	33	33	67	1
Kaffrine	10	14	100	0	58	17	17	17	100	1
Kaolack	6	23	100	100	29	0	35	100	100	1
Kédougou	27	9	61	19	26	32	10	42	81	2
Kolda	21	17	25	12	12	12	12	12	100	4
Louga	9	23	100	100	24	49	0	75	75	2
Matam	7	17	60	60	20	20	0	20	100	1
Saint Louis	7	29	79	79	58	37	0	79	100	2
Sédhiou	16	12	53	47	30	0	18	30	100	2
Tambacounda	8	24	75	0	100	0	50	38	100	2
Thiès	12	48	68	40	52	0	8	35	60	6
Ziguinchor	3	29	100	50	0	50	0	50	100	1
Total	9	364	71	51	53	22	16	54	87	33
Health hut	NA	74	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

NA = Not applicable

Note: The indicators presented in this table correspond to the staff and training, diagnostics and medicines, and commodities domains for assessing readiness to provide ART services within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> Providers in the facility prescribe ART for HIV/AIDS patients or provide treatment follow-up services for persons on ART, including providing community-based services.

<sup>2</sup> Facility had at least one interviewed provider of ART services who reported receiving in-service training in some aspects of ART during the 24 months preceding the survey. The training must have involved structured sessions; it does not include individual instruction that a provider might have received during routine supervision.

<sup>3</sup> Facility had a functioning hematology analyzer or functioning hematological counter with the necessary reagents available in the facility.

<sup>4</sup> Facility had the three country-specific first-line antiretroviral medicines for adult treatment available in the facility.

### Prevention of Mother-to-Child Transmission

The SCSPA can be used to evaluate three indicators for prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV:

- availability of services for PMTCT at facilities providing antenatal clinics
- percentage of facilities providing ANC that offer services to prevent mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV
- percentage of facilities offering PMTCT with specific elements of the PMTCT program

Table 3.23 shows the availability of services for PMTCT.

Virtually all facilities that offer ANC services (health center, health post, hospital and health hut), whether public or private, offer at least one of the following PMTCT services:

- HIV screening test of children born to HIV-positive mothers
- ARV prophylaxis for HIV-positive women
- ARV prophylaxis for children born to HIV-positive mothers
- Feeding tips for newborns and infants
- Nutritional counseling for HIV-positive women and their children
- Family planning counseling for HIV-positive women.

Table 3.23 Availability of services for prevention of mother-to-child transmission of HIV in facilities providing antenatal clinics

Among the facilities providing antenatal care (ANC), the percentage offering services for PMTCT of HIV, and among facilities offering PMTCT, the percentage with a specific element of the PMTCT program by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering ANC providing any PMTCT <sup>1</sup>	Number of facilities providing ANC	Percentage of facilities with ANC that offer PMTCT services and the services offered							Number of facilities that offer ANC and any PMTCT service
			HIV testing of pregnant women	HIV testing of children born to HIV+ women	ARV prophylaxis for HIV+ women	ARV prophylaxis for children born to HIV+ mothers	Newborn and infant feeding tips	Nutritional counseling for HIV+ women and their children	FP counseling for HIV+ women	
<b>Facility type</b>										
Hospital	91	13	100	44	39	44	90	90	80	12
Health center	100	24	100	49	69	63	86	75	79	24
Health post	97	287	99	3	2	1	65	50	54	280
<b>Managing authority</b>										
Public	98	287	99	8	9	8	69	53	57	281
Private	93	37	100	3	3	2	52	59	57	35
<b>Region</b>										
Dakar	96	57	100	13	6	5	54	43	56	55
Diourbel	100	24	100	13	8	8	89	89	84	24
Fatick	100	22	94	6	6	12	100	94	100	22
Kaffrine	100	13	90	6	6	6	100	12	12	13
Kaolack	100	22	100	4	6	6	94	100	100	22
Kédougou	93	7	100	20	39	24	100	39	39	6
Kolda	100	13	100	0	18	18	63	48	48	13
Louga	93	20	100	5	5	5	47	47	47	19
Matam	94	17	100	4	7	7	20	20	20	16
Saint Louis	100	26	100	4	7	7	64	74	79	26
Sédhiou	100	11	100	0	15	3	70	35	41	11
Tambacounda	93	19	100	10	10	10	85	25	25	18
Thiès	96	45	100	6	9	6	83	64	61	44
Ziguinchor	100	27	100	9	3	9	14	14	19	27
Total	97	324	99	8	8	8	67	54	57	316
Health hut	95	21	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	20

ARV = antiretroviral

NA = Not applicable

<sup>1</sup> The facility provides the following services for the prevention of HIV transmission from an infected pregnant woman to her child: HIV counseling and screening test for pregnant women, screening test for children born to HIV-positive mothers, ARV prophylactic treatment for HIV-positive pregnant women, ART prophylactic treatment for children born to mothers with HIV, counseling for HIV-positive pregnant women on newborn and breastfeeding infants, nutritional counseling for HIV-positive pregnant women and their children, and FP counseling for HIV-positive pregnant women.

HIV screening testing for pregnant women is available in 99 percent of facilities offering ANC services and any PMCTC service, while HIV screening tests for children born to HIV-positive mothers is only available in 8 percent of facilities.

ARV prophylaxis for pregnant women and children born to HIV-positive mothers is offered more often in health centers than in hospitals.

### 3.10 Non-Communicable Diseases

The SCSPA 2012–2013 in Senegal was used to assess the following information for non-communicable diseases:

- capacity to diagnose diabetes and the essential medicines for its management
- availability of essential medicines and commodities for the management of cardiovascular diseases
- availability of essential medicines and commodities for the management of chronic respiratory diseases

Overall, 91 percent of interviewed facilities provide diabetic services; 96 percent offer services for cardiovascular disease; and 95 percent offer services for chronic respiratory diseases.

#### *Diagnosis and Essential Medicines for the Management of Diabetes*

Table 3.24 shows the diagnostic capacity and the availability of essential medicines for diabetes in facilities offering diabetic services.

Among the facilities offering treatment for diabetes, one quarter or less were capable of carrying out testing for blood glucose (19 percent), urine glucose (25 percent), and urine protein (25 percent).

This lack of diagnostic capacity was most pronounced in the regions of Matam and Fatick, in contrast to Ziguinchor, where there is good availability.

The availability of medicines for the management of diabetes is very low in facilities providing diabetic services. Only 2 percent had insulin; 3 percent had glibenclamide; and 4 percent had metformin available. Glucose solution was available in 42 percent of these facilities on the day of the survey.

Table 3.24 Diagnostic capacity and essential medicines for diabetes

Among facilities offering services for diabetes, the percentages having indicated diagnostic capacity and essential medicines observed at the service site on the day of the survey by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Diagnostic tools			Medicines				Number of facilities offering services for diabetes
	Blood glucose <sup>1</sup>	Urine protein <sup>2</sup>	Glucosuria	Metformin	Gliben-clamide	Injectable insulin	Injectable glucose solution	
<b>Facility type</b>								
Hospital	20	62	57	17	11	30	33	15
Health center	41	37	38	8	3	9	48	29
Health post	17	21	22	3	3	0	42	288
<b>Managing authority</b>								
Public	18	24	25	2	2	2	46	277
Private	23	26	23	12	11	6	20	54
<b>Region</b>								
Dakar	10	17	15	2	1	4	24	62
Diourbel	10	52	52	3	2	3	21	25
Fatick	2	2	2	6	0	0	6	21
Kaffrine	9	7	7	0	0	0	82	13
Kaolack	2	10	10	0	0	0	0	22
Kédougou	9	13	13	6	6	15	88	7
Kolda	4	4	4	14	0	0	0	10
Louga	43	55	55	6	6	2	92	23
Matam	0	2	0	0	0	0	87	15
Saint Louis	35	30	40	1	9	4	91	29
Sédhiou	41	35	35	13	0	3	0	10
Tambacounda	4	16	16	0	0	0	79	21
Thiès	4	11	11	7	13	4	51	45
Ziguinchor	89	70	70	5	0	0	0	28
Total	19	25	25	4	3	2	42	331

Note: The indicators presented in this table comprise the diagnostics, medicines and commodities domains for assessing readiness to provide services for diabetes within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> Facility had a functioning glucometer and unexpired glucose test strips in the facility on the day of the survey.

<sup>2</sup> Facility had unexpired urine dipsticks for testing for urine protein available in the facility on the day of the survey.

### *Essential Medicines and Commodities for the Management of Cardiovascular Diseases*

Table 3.25 shows the availability of essential medicines and commodities for cardiovascular diseases in facilities providing services for cardiovascular disease.

Among facilities offering services for cardiovascular disease, the availability of essential medicines and commodities was very low, and this was the case across all regions.

**Table 3.25 Availability of essential medicines and commodities for cardiovascular diseases**

Among facilities offering services for cardiovascular diseases, the percentages having indicated essential medicines and commodities observed at the service site on the day of the survey by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering services for cardiovascular diseases that have the indicated medicines and commodities					Number of facilities offering services for cardiovascular diseases
	ACE inhibitors (Enalapril)	Thiazide	Beta blockers (atenolol)	Calcium channel blockers (amlodipine)	Oxygen <sup>1</sup>	
<b>Facility type</b>						
Hospital	13	8	11	23	16	15
Health center	2	3	5	5	8	29
Health post	1	3	1	3	3	305
<b>Managing authority</b>						
Public	1	1	1	2	2	295
Private	3	17	6	14	12	55
<b>Region</b>						
Dakar	1	7	1	2	2	65
Diourbel	5	5	0	5	3	25
Fatick	0	0	6	0	6	21
Kaffrine	2	0	0	0	0	14
Kaolack	0	0	0	2	0	23
Kédougou	0	5	11	11	5	9
Kolda	0	0	0	6	9	16
Louga	0	0	0	6	6	23
Matam	0	6	0	6	0	17
Saint Louis	0	9	0	12	1	29
Sédhiou	6	0	0	2	12	12
Tambacounda	0	0	0	0	0	23
Thiès	4	5	5	8	7	45
Ziguinchor	0	0	0	0	5	29
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>350</b>

Note: The indicators presented in this table comprise the medicines and commodities domains for assessing readiness to provide services for cardiovascular diseases within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> In cylinders or concentrators or an oxygen distribution system.

### *Essential Medicines and Commodities for the Management of Chronic Respiratory Diseases*

Table 3.26 shows the availability of essential medicines and commodities for the management of chronic respiratory diseases in facilities offering services for chronic respiratory disease.

Among facilities offering services for chronic respiratory disease, except for hydrocortisone, which was available in one out of two facilities, and salbutamol, which was available in one facility in four, all the other drugs and oxygen were rarely available on the day of the survey.

Table 3.26 Availability of essential medicines and commodities for chronic respiratory diseases

Among facilities offering services for chronic respiratory diseases, the percentages having the indicated essential medicines and commodities observed at the service site on the day of the survey by background characteristics, Senegal SCSA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities offering services for chronic respiratory diseases that have the indicated medicines and commodities						Number of facilities offering services for chronic respiratory diseases
	Salbutamol inhaler	Beclo-methasone inhaler	Prednisolone tablets	Hydro-cortisone tablets	Injectable epinephrine	Oxygen <sup>1</sup>	
<b>Facility type</b>							
Hospital	40	12	6	65	21	67	15
Health center	41	0	3	73	5	23	29
Health post	21	0	2	54	1	3	302
<b>Managing authority</b>							
Public	22	0	2	58	2	5	291
Private	32	4	8	42	6	19	54
<b>Region</b>							
Dakar	20	1	1	26	3	15	60
Diourbel	0	0	0	49	2	8	25
Fatick	2	0	0	61	0	4	22
Kaffrine	72	0	0	100	0	4	14
Kaolack	2	0	0	47	0	11	23
Kédougou	39	5	5	75	0	22	9
Kolda	45	0	12	67	12	3	16
Louga	20	0	0	78	0	0	23
Matam	1	6	0	65	1	1	17
Saint Louis	4	0	0	59	0	4	27
Sédhiou	57	0	8	58	8	3	12
Tambacounda	18	0	0	53	0	4	23
Thiès	23	3	6	63	7	9	47
Ziguinchor	73	0	10	56	0	0	29
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>56</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>345</b>

Note: The indicators presented in this table comprise the medicines and commodities domain for assessing readiness to provide services for chronic respiratory diseases within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> In cylinders or concentrators or an oxygen distribution system.

### 3.11 Tuberculosis

The SCSA 2012-2013 was used to assess the percentage of facilities having the capacity to diagnose tuberculosis (TB) and having the drugs available for treatment.

Table 3.27 presents the diagnostic capacity and the availability of drugs for the treatment of TB in facilities providing services for the diagnosis and/or treatment of TB.

#### *Diagnosis*

Among facilities offering services for the diagnosis and/or treatment of TB, 15 percent have the capacity to diagnosis TB by smear microscopy. Diagnosis by microscopy is performed in hospitals (72 percent) and health centers (71 percent) but in only 3 percent of health posts.

Among facilities offering services for the diagnosis and/or treatment of TB, 88 percent can also diagnose HIV. In 9 of the 14 regions in Senegal, all facilities providing services for the diagnosis and/or treatment of TB have the capacity to diagnose HIV. For the other regions, more than two-thirds of these facilities have this diagnostic capacity. This diagnostic capability is much more common in public facilities (94 percent) than private (56 percent). Almost all hospitals, health centers and health posts have the capacity to make this diagnosis.



## Medicines

With regard to the availability of drugs for the treatment of TB, nearly two-thirds (61 percent) of the facilities visited that provide services for the diagnosis and/or treatment of TB had first-line treatment available (81 percent of health centers). Injectable streptomycin was available in only one out of four facilities.

**Table 3.27 Diagnostic capacity and availability of medicines for tuberculosis treatment**

Among facilities offering any TB diagnostic, treatment and/or treatment follow-up services, the percentages that have TB and HIV diagnostic capacity and medicines for TB treatment available in the facility on the day of the survey by background characteristics, Senegal SCSPA 2012–2013

Background characteristics	Percentage of facilities that have the indicated capacity			Percentage of facilities that have the following medicines for treating TB		Number of facilities offering any TB diagnostic, treatment, and/or treatment follow-up services
	Percentage of facilities that have TB smear microscopy <sup>1</sup>	HIV diagnostic capacity <sup>2</sup>	System for diagnosing HIV among TB clients <sup>3</sup>	First-line treatment for TB <sup>4</sup>	Injectable streptomycin	
<b>Facility type</b>						
Hospital	72	86	57	49	31	7
Health center	71	98	71	81	70	22
Health post	3	87	31	58	15	125
<b>Managing authority</b>						
Public						
Private	15	94	42	68	28	131
	21	56	17	17	0	22
<b>Region</b>						
Dakar	21	73	49	74	43	26
Diourbel	37	100	68	68	28	4
Fatick	6	88	36	36	6	22
Kaffrine	9	100	16	32	11	13
Kaolack	23	100	32	66	66	4
Kédougou	16	88	6	63	10	4
Kolda	17	100	50	83	33	6
Louga	30	100	30	65	23	7
Matam	60	100	100	100	100	1
Saint Louis	100	100	67	100	100	1
Sédhiou	13	100	63	76	0	8
Tambacounda	17	87	9	9	4	11
Thiès	11	84	39	79	24	42
Ziguinchor	9	100	46	46	46	5
Total	15	88	38	61	24	153
Health hut	NA	NA	NA	NA	NA	4

NA = Not applicable

Note: The indicators presented in this table comprise the diagnostics and medicines and commodities domains for assessing readiness to provide services for TB within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> Functioning microscope, slides, and all stains for Ziehl-Neelson test (carbol-fuchsin, Sulphuric acid, and methyl blue) all were available in the facility on the day of the survey visit.

<sup>2</sup> HIV rapid diagnostic test kits available or ELISA with reader, incubator, and specific assay

<sup>3</sup> Record or register indicating TB clients who had been tested for HIV

<sup>4</sup> Four-drug fix-dose combination (4FDC) available; isoniazid, pyrazinamide, rifampicin, and Ethambutol are all available; or a combination of these medicines are available to provide first-line treatment

### 3.12 Malaria

With respect to malaria, the SCSPA 2012–2013 was used to assess the availability of services for malaria, guidelines and protocols, trained staff, diagnostic capacity, and availability of antimalarial medicines and commodities.

#### *Equipment, Medicines and Commodities*

Table 3.28 presents the percentage of facilities offering services for the diagnosis and/or treatment of malaria and, among these facilities, the availability of guidelines and protocols, trained staff, and diagnostic capacity.

Malaria diagnostic and/or treatment services are delivered in 99 percent of health facilities. This availability is quite high regardless of the type of facility, managing authority, or region concerned.

Guidelines and protocols for the diagnosis and/or treatment of malaria are available in 85 percent of facilities offering malaria diagnosis and/or treatment. These documents are widely available in health centers (80 percent) and health posts (87 percent) and, considering the managing authority, are more likely to be available in the public sector (90 percent) than in the private (59 percent). All facilities in the regions of Kaffrine and Matam have these standard procedural documents; the areas where they are least available are the regions of Dakar (69 percent) and Kaolack (80 percent).

Documents regarding the guidelines and protocols for Intermittent Preventive Treatment (IPT) for pregnant women are present at a little over one facility in two (58 percent) among the facilities providing malaria diagnosis and/or treatment services.

In the 24 months preceding the survey, 78 percent of staff in facilities providing malaria diagnosis and/or treatment services had in-service training in malaria diagnosis and/or treatment. Nearly one-third of health huts (34 percent) have staff trained in the management of malaria.

Among facilities offering services for the diagnosis and/or treatment of malaria, the percentage of facilities having staff trained in IPT is very low at the national level (53 percent) and especially in the regions of Kolda (24 percent), Dakar (34 percent), and Tambacounda (35 percent).

A rapid diagnostic test (RDT) for malaria is available in 81 percent of health facilities at the national level that offer malaria diagnosis and/or treatment services. The availability of RDTs is more common in health centers (84 percent) and health posts (82 percent) than at hospitals and health huts.

At the national level, only 13 percent of facilities providing services for the diagnosis and/or treatment of malaria offer microscopic diagnosis.

**Table 3.28 Availability of malaria services and availability of guidelines, trained staff, and diagnostic capacity in facilities offering malaria services**

Among all facilities, the percentages offering malaria diagnosis and/or treatment services and, among facilities offering malaria diagnosis and/or treatment services, the percentages that have guidelines, trained staff, and diagnostic capacity to support the provision of quality service for malaria, by background characteristics, Senegal CSSPA 2012-2013

Background characteristics	Percentage of all facilities offering malaria diagnosis and/or treatment services <sup>1</sup>	Total number of facilities	Guidelines		Trained staff		Diagnostics			Number of facilities offering malaria diagnosis and/or treatment services
			Guidelines for diagnosis and/or treatment of malaria	Guidelines for IPT <sup>2</sup>	Staff trained in malaria diagnosis and/or treatment <sup>3</sup>	Staff trained in IPT <sup>4</sup>	Malaria RDT <sup>5</sup>	Malaria microscopy <sup>6</sup>	Any malaria diagnostics <sup>7</sup>	
<b>Facility type</b>										
Hospital	93	17	69	37	73	51	66	61	75	16
Health center	99	30	80	50	86	53	84	65	92	30
Health post	99	317	87	60	78	53	82	6	84	314
<b>Managing authority</b>										
Public	100	302	90	65	82	57	86	11	88	302
Private	93	62	59	20	55	33	56	24	64	58
<b>Region</b>										
Dakar	94	71	69	38	68	34	71	23	73	67
Diourbel	100	25	89	42	88	56	95	3	95	25
Fatick	100	22	94	31	100	94	74	12	82	22
Kaffrine	100	14	100	91	62	37	100	6	100	14
Kaolack	100	23	80	61	94	80	69	10	75	23
Kédougou	96	9	89	45	72	50	100	17	100	8
Kolda	100	17	81	57	38	24	43	8	43	17
Louga	100	23	98	75	77	69	68	9	70	23
Matam	100	17	100	75	83	70	94	4	94	17
Saint Louis	100	29	95	85	91	65	91	14	100	29
Sédhiou	100	12	97	66	68	62	86	11	91	12
Tambacounda	100	24	83	61	78	35	100	13	100	24
Thiès	100	48	82	49	84	51	79	15	81	48
Ziguinchor	100	29	86	80	77	51	98	12	98	29
Total	99	364	85	58	78	53	81	13	84	360
Health hut	89	74	67	1	34	6	60	NA	60	66

NA = Not applicable

Note: The indicators presented in this table comprise the staff and training and diagnostic domains for assessing readiness to provide services for malaria within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

<sup>1</sup> This is based on facilities self-reporting that they offer malaria diagnosis and/or treatment services. Facilities offering antenatal care services that reported that they provide malaria rapid diagnosis tests (RDT) or were found on the day of the survey visit to be conducting such tests at the ANC service site were counted as offering malaria diagnosis and/or treatment services. Also, facilities offering curative care for sick children where providers of sick child services were found on the day of the survey to be making diagnosis of malaria or offering treatment for malaria were counted as offering malaria diagnosis and/or treatment services.

<sup>2</sup> Guidelines on intermittent preventive treatment (IPT) of malaria.

<sup>3</sup> Facility has at least one interviewed provider of malaria services who reports receiving in-service training on malaria diagnosis and/or treatment during the 24 months preceding the survey. The training must have involved structured sessions; it does not include individual instruction that a provider might have received during routine supervision.

<sup>4</sup> Facility had at least one interviewed provider of ANC services who reports receiving in-service training on some aspects of IPT during the 24 months preceding the survey. The training must have involved structured sessions; it does not include individual instruction that a provider might have received during routine supervision.

<sup>5</sup> Facility had unexpired malaria rapid diagnostic test kit available somewhere in the facility.

<sup>6</sup> Facility had a functioning microscope with glass slides and relevant stains for malaria microscopy available somewhere in the facility.

<sup>7</sup> Facility had either malaria RDT capacity or malaria microscopy capacity.

### *Availability of Antimalarial Medicines and Commodities*

Table 3.29 shows the availability of antimalarial medicines and commodities in facilities offering malaria services.

At the national level, among the facilities providing services for malaria diagnosis and/or treatment, the most widely available antimalarial medicines and commodities were injectable quinine, found in 81 percent of cases, pediatric first-line ACT (artemisinin-based combination therapy) in 60 percent of cases, sulfadoxine/pyrimethamine (SP) in 58 percent of cases, and insecticide-treated bed nets (ITN) in 55 percent of facilities.

The availability of injectable quinine, the most often used antimalarial medicine, was greater at health posts and health centers (respectively 81 percent and 84 percent) than at hospitals (70 percent), and greater in the public sector than the private sector. At the regional level, Kaffrine and Fatick had the highest availability (100 percent) and Dakar the lowest percentage (61 percent).

In facilities providing services for malaria diagnosis and/or treatment, there was limited availability of other antimalarials; non-artemisinin monotherapies were observed most often—in 38 percent of facilities—followed by the first-line ACT antimalarials for adolescents (16 percent), first-line ACT for adults (15 percent), injectable artesunate (3 percent), and oral quinine (2 percent).

**Table 3.29. Availability of malaria medicines and commodities in facilities offering malaria services**

Among facilities offering malaria diagnosis and/or treatment services, the percentages that have malaria medicines, sulfadoxine/pyrimethamine, Paracetamol, and insecticide-treated bed nets (ITN) available in the facility on the day of the survey, by background characteristics, Senegal SCSPA 2012-2013

Background characteristics	Antimalarial medicines										Other medicines and commodities			Number of facilities offering malaria diagnosis and/or treatment services
	First-line ACT anti-malarial medicine—pediatric formulation	First-line ACT anti-malarial medicine—teenage formulation	First-line ACT anti-malarial medicine – adult formula-tion	Other non-artemisinin monotherapy	Injectable artesunate	Rectal artesunate	Oral quinine	Injectable quinine	SP <sup>1</sup>	Paracetamol tablet	ITN <sup>2</sup>			
<b>Facility type</b>														
Hospital	35	12	8	43	4	0	4	70	26	57	19	16		
Health center	44	12	16	42	4	0	0	84	38	89	61	30		
Health post	62	16	16	37	3	0	2	81	62	90	56	314		
<b>Managing authority</b>														
Public	66	17	17	40	3	0	1	86	63	94	62	302		
Private	28	7	9	28	3	2	9	55	35	59	20	58		
<b>Region</b>														
Dakar	53	12	14	31	5	0	0	61	32	70	47	67		
Diourbel	66	0	11	45	0	0	5	88	67	82	58	25		
Fatick	77	0	0	61	8	6	0	100	72	94	69	22		
Kafrine	91	81	86	27	0	0	0	100	94	95	91	14		
Kaolack	33	2	2	57	0	0	6	85	38	91	57	23		
Kédougou	73	73	68	40	6	0	0	89	84	83	56	8		
Kolda	16	5	0	43	5	0	5	70	60	92	35	17		
Louga	37	0	0	16	6	0	0	98	37	98	65	23		
Matam	48	0	0	39	0	0	0	94	45	94	43	17		
Saint Louis	74	0	0	34	1	0	0	77	78	100	63	29		
Sédhiou	80	0	0	35	0	0	6	88	80	100	32	12		
Tambacounda	63	63	60	8	6	0	0	82	68	89	54	24		
Thiès	58	24	18	63	4	0	7	83	62	89	34	48		
Ziguinchor	86	9	5	20	0	0	0	72	74	95	86	29		
Total	60	16	15	38	3	0	2	81	58	88	55	360		
Health hut	36	NA	33	4	NA	NA	NA	NA	NA	79	25	66		

NA = Not applicable

Note: The indicators for first-line anti-malaria medicines, sulfadoxine/pyrimethamine, Paracetamol, and ITNs presented in this table correspond to the medicines and commodities domains for assessing readiness to provide services for malaria within the health facility assessment methodology proposed by WHO and USAID (2012).

Note: ACT = artemisinin combination therapy; SP = sulfadoxine/pyrimethamine (Fansidar)

<sup>1</sup> Facility had SP for intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy (IPTp).

<sup>2</sup> Facility had ITNs or vouchers for ITNs available in the facility for distribution to clients.



**NATIONAL DIRECTOR**

Babakar Fall, Director General ANSD

**DEPUTY NATIONAL DIRECTOR**

Mamadou Falou MBENGUE, Deputy Director General ANSD

**TECHNICAL DIRECTOR**

Cheikh Tidiane NDIAYE, Director Social and Demographic Statistics

**TECHNICAL COORDINATOR**

Fatou Bintou NIANG CAMARA

**HEALTH EXPERT**

Dr. Ibou GUISSSE

**OFFICIALS RESPONSIBLE FOR FIELD OPERATIONS**

Dr. Ibou GUISSSE and Papa Mabèye DIOP

**OFFICIAL RESPONSIBLE FOR DATA PROCESSING**

Papa Thiécouta NDIAYE

**MANAGER**

Samba TALL

**STEERING AND TECHNICAL SUPERVISORY TEAM**

Mamadou Falou MBENGUE (ANSD), Cheikh Tidiane NDIAYE (ANSD), Fatou Bintou NIANG CAMARA (ANSD), Papa Mabeye DIOP (ANSD), Thiécouta NDIAYE (ANSD), Papa Ibrahima Sylmang SENE (ANSD), Dr. Moussa DIAKHATE (USAID), Abdoulaye GUEYE (UNICEF), Papa Madiop DIOP (UNFPA), Mariama GUEYE (IST/SIDA), Ndèye Khady TOURÉ (CLM), Matar CAMARA (USAID), Ibrahima NDAO (Micronutrient Initiative), Julie THWING (PMI), Nafissatou DIOP (POPCOUNCIL), Doudou SENE (DNISS), Sokhna GAYE (DNISS), Malang COLY (WHO).

**ADAPTATION OF THE QUESTIONNAIRE AND TRAINING**

Dr Doudou SENE (DISS/MSAS), Oumou Kalsom GUEYE (DISS/MSAS), Amadou Bamba CISS (DISS/MSAS), Amadou DJIGUEUL (PNT), Dr Abdou Lahad MANGANE(PNA), Dr. Mamadou NDIAYE (Directorate of Medical Prevention), Dr Moussa DIA (Community Health Unit), Bintou Niang TOURE (Directorate of Reproductive Health and Child Survival), Malal KANTE (Directorate of Reproductive Health and Child Survival), Dr. Aida GADIAGA (Directorate of Reproductive Health and Child Survival), Adjaratou Sow DIALLO (Directorate of Reproductive Health and Child Survival) Moussa NDOUR (PNLP), Dr. Fatou NIASS (DLSI), Aicha DIOP DIAGNE (Directorate of Medical Prevention), Dr Awa Héléne DIOP (PNT), Souleymane NDIAYE (HOGGY), Dr. SENGHOR (Blood Bank)

### **DATA PROCESSING TEAM**

Thiéécouta NDIAYE, Abdou SARR, Ndiassé DAGOURA

### **MEDICAL COORDINATOR**

Dr. Moussa DIAKHATE

### **DATA COLLECTION STAFF**

#### **Team leaders**

Anta GUEYE  
Omar FALL  
El Hadji Ousmane FAYE  
Ndéye Oumy DIOUF

#### **Interviewers**

Abdou Lahad DIOUF  
Fatoumata Dior LO  
Mame Arame DIOP  
NGoundia NDIAYE  
NGoundo TOURE  
Marième SALL  
Marième SEMBENE  
Seynabou Sène FAYE

#### **Drivers**

MBaye DIAGNE  
Mamadou BA  
Moctar NDAO  
Aliou DIENG  
Daouda NGOM

Madieng KEBE  
Abdoulaye NDIAYE  
Mamadou SAMB  
Abdou Mamadou LY  
Mamadou Dieng SALL

#### **Reprographic Technician**

Saliou FAYE

#### **Support Staff**

Mbaye NDIAYE and Matar BOCOUM

### **TECHNICAL ASSISTANCE FROM ICF INTERNATIONAL AND CRDH**

Mohamed AYAD, ICF International, coordination,  
Dr. Paul AMETEPI, ICF International, design,  
Dr. Fatuma BUSANGU, ICF International, design and execution,  
Dr. Salima MUTIMA, ICF International, design, execution and analysis,  
Ruilin REN, ICF International, sampling design,  
Albert THEMME, ICF International, data processing,  
Rajendra DANGOL, ICF International, data processing,  
Sarah BALIAN, ICF International, dissemination,  
Ibrahima SEYE, CRDH, data processing,  
Cheikh Abdoul Khadre DIOUF, CRDH, logistics,







MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

DRAFT DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INVENTAIRE

10/10/2012

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTÉ

<b>001</b>	<b>NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE</b> _____	
<b>002</b>	<b>LOCALISATION DE LA STRUCTURE (COMMUNE/COMMUNAUTE RURALE)</b> _____	
<b>003</b>	<b>REGION/PROVINCE</b> . . . . .	□ □
<b>004</b>	<b>DISTRICT SANITAIRE</b> . . . . .	□ □ □
<b>005</b>	<b>CODE DE LA STRUCTURE</b> . . . . .	□ □ □ □ □
<b>006</b>	<b>TYPE STRUCTURE SANITAIRE</b>	
	HÔPITAL . . . . .	01
	CENTRE DE SANTE . . . . .	02
	POSTE DE SANTE . . . . .	03
<b>007</b>	<b>STATUT DE LA STRUCTURE SANITAIRE (PROPRIETE)</b>	
	<b>PUBLIQUE</b> . . . . .	1
	<b>ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF</b> . . . . .	2
	<b>PRIVE</b> . . . . .	3
	<b>PRIVE CONFESIONNEL</b> . . . . .	4
<b>008</b>	<b>URBAIN/RURAL</b>	
	<b>URBAIN</b> . . . . .	1
	<b>RURAL</b> . . . . .	2
<b>009</b>	<b>HOSPITALISATION SEULEMENT</b>	
	<b>OUI</b> . . . . .	1
	<b>NON</b> . . . . .	2

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR □ □ MOIS □ □ ANNEE □ □ □ □
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUÊTEUR □ □ □ □
RESULTAT	_____	_____	_____	RESULTAT □ □ □ □

CODES RESULTAT (VISITE FINALE):  
 1 : REMPLI POUR LA STRUCTURE  
 2 : REpondant NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE  
 3 : DIFFERE  
 4 : REFUS DE LA STRUCTURE  
 5= PARTIELLEMENT REMPLI  
 6 : AUTRE \_\_\_\_\_  
 (SPECIFIER)

NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

<b>NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES</b> . . . . .	□ □ □ □
<b>NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN PF</b> . . . . .	□ □ □ □
<b>NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS CONSULTATIONS ENFANTS MALADES</b> . . . . .	□ □ □ □

POSITIONNER LE GPS

- POSITIONNER LES DONNEES SUR LA LATITUDE ET LA LONGITUDE
- POSITIONNER EN DEGRE DECIMAL
- POSITIONNER LES DONNEES SUR WGS84

SE POSITIONNER A L'ENTREE DE LA STRUCTURE SANITAIRE EN AYANT UNE VUE DEGAGEE DU CIEL

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "ENTRER"
- 7 ALLER AU MENU PRINCIPAL, SELECTIONNER "WAYPOINT LIST" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 8 SELECTIONNER VOTRE WAYPOINT
- 9 COPIER LES INFORMATIONS A PARTIR DE LA PAGE WAYPOINT
- 10 PRENDRE L'ALTITUDE

ASSUREZ-VOUS DE COPIER LE NOM DU WAYPOINT A PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DU WAYPOINT POUR VER  
QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE SUR LE WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

<p>010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)</p> <p>011 HAUTEUR</p> <p>012 LATITUDE</p>	<p>NOM WAYPOINT <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>HAUTEUR ..... <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>N/S ..... a</p> <p>DEGRES/DECIM b <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/> . c <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p>
<p>013 LONGITUDE</p>	<p>E/O ..... a</p> <p>DEGREES/DECIM b <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/> . c <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p>

CONSENTEMENT

IDENTIFIER LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE DE SANTE OU L'AGENT DE SANTE AYANT LE GRADE LE PLUS ELEVE QUI EST PRESENT DANS LA STRUCTURE.  
LIRE LA PRESENTATION SUIVANTE:

Bonjour! Mon nom est \_\_\_\_\_. Je représente le ministère de la santé et l'agence nationale des statistiques dans une étude des structures de santé, pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations de services de santé au Sénégal.

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

Votre structure 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 structure pourront être utilisées par le Ministère de Santé, les organisations qui soutiennent les services de santé de votre structure, 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/TRICE INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT \_\_\_\_\_ JOUR MOIS ANNEE 2 0 1

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; margin-right: 10px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> : <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></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 REALISEES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. EXPLIQUEZ AUSSI QUE VOUS AUREZ BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE REUNIONS ET ACTIVITES ET QU'IL SERA IMPORTANT DE CONSULTER TOUS LES RAPPORTS DES REUNIONS ET DES ACTIVITES. SOLICITEZ 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 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES ET HOSPITALISATION**

DISPONIBILITE DES SERVICES

102	Est-ce que votre structure 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 la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
02	Services de suivi de la croissance, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
03	Services de soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
04	Un quelconque service de planning familial, - 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)	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 du paludisme	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 TBC	1	2	<input type="checkbox"/>
11	Services de counseling et de dépistage du VIH	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, et les troubles respiratoires chroniques chez l'adulte	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 césariennes	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"/>

SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI.....1 NON.....2	→ 112
111	Est-ce que cette structure 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 structure 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 ..... NSP .....998	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>



## SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

### TECHNIQUE DE STERILISATION

200	J'ai quelques questions concernant la procedure de sterilisation des equipements médicaux comme le speculum, <b>pinces</b> ou bien d'autres equipements metaliques. Sterilisez-vous les equipements metaliques dans cette structure?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 210
201	Est ce que la sterilisation finale est faite sur place, en dehors de cette structure ou bien les deux?	SEULEMENT DANS CETTE STRUCTURE 1 SUR PLACE ET EN DEHORS 2 SEULEMENT EN DEHORS 3	

### STOCKAGES DES MEDICAMENTS

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

**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 la structure de santé tout le temps, ou qui est à la disposition de la structure 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 VUE 2	

COMMUNICATION

310	Est-ce que cette structure a une <b>ligne téléphonique fixe</b> qui permet d'appeler durant tout le temps où les services sont offerts ?  PRECISER QUE SI LA STRUCTURE 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 est peut être utilisé à tout moment ? VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
313	Est-ce que la structure dispose d'un téléphone portable ou un telephone portable personnel pris en charge par la structure ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 316
314	Puis-je voir le téléphone portable de la structure ou le telephone portable personnel pris en charge par la structure VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
315	Est-ce qu'il est peut être utilisé à tout moment? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
316	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>émetteur-radio à ondes courtes</b> 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 est peut être utilisé à tout moment? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
319	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>ordinateur</b> ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 330
320	Puis-je voir l'ordinateur?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
321	Est-ce qu'il est 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 la structure 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 <b>pendant au moins 2 heures</b> ? 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 la structure?</p> <p>OBSERVER SI L'EAU EST DISPONIBLE A PARTIR DE LA SOURCE OU BIEN DANS LA STRUCTURE, LE JOUR DE LA VISITE. PAR EXEMPLE VERIFIER QUE LE ROBINET EST FONCTIONNEL</p>	<p>ROBINET DANS LE BATIMENT 01</p> <p>ROBINET DANS LA COUR 02</p> <p>BORNE FONTAINE PUBLIC 03</p> <p>PUITS-CITERNE/FORAGE ..... 04</p> <p>PUITS PROTEGE ..... 05</p> <p>PUITS NON PROTEGE ..... 06</p> <p>SOURCE PROTEGEE ..... 07</p> <p>SOURCE NON PROTEGEE ..... 08</p> <p>EAU DE PLUIES ..... 09</p> <p>EAU EN BOUTEILLE ..... 10</p> <p>CHARRETTE AVEC RESERVOIR/F0 ..... 11</p> <p>CAMION CITERNE/TANKER ..... 12</p> <p>EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG)..... 13</p> <p>AUTRE (A SPECIFIER) ..... 96</p> <p>NSP ..... 98</p> <p>PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU 00</p>	<p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 340</p>
331	<p>Est-ce que l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible au sein de la structure même, à 500 mètres, ou au delà de 500 mètres de la structure?</p> <p>UNE REPONSE RAPPORTEE EST ACCEPTABLE</p>	<p>AU SEIN DE LA STRUCTURE 1</p> <p>A 500M DE LA STRUCTURE ..... 2</p> <p>AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE 3</p>	
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 la structure?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

340	<p>Est-ce que cette structure est connectée à l'électricité centrale?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>→ 342</p>
341	<p>Au cours des 7 derniers jours, est-ce qu'il y avait de l'électricité (en dehors du générateur de secours) au moment où les services étaient offerts, 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>	<p>TOUJOURS DISPONIBLE ..... 1</p> <p>COUPURES PARFOIS &gt; 2HRS ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
342	<p>Est-ce que cette structure dispose d'autres sources d'approvisionnement en électricité, comme un générateur ou un système solaire?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 344</p>
343	<p>Quelle autre source d'électricité possède cette structure?</p> <p>SONDER ET ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>	<p>GENERATEUR AVEC CARBURANT. .... A</p> <p>GENERATEUR AVEC BATTERIE ..... B</p> <p>SYSTÈME SOLAIRE ..... C</p>	
344	<p><b>VERIFIEZ Q343</b></p> <p>GENERATEUR UTILISE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p> <p>GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 350</p>
345	<p>Es-ce que le générateur est fonctionnel?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REPONDANT BIEN INFORME.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>→ 350</p>
346	<p>Est-ce qu'il y a aujourd'hui du carburant (ou une batterie chargée) disponible pour le générateur?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REPONDANT BIEN INFORME.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	

SUPERVISION EXTERNE

350	Est-ce que cette structure a reçu une visite de supervision, venant par exemple du district, du niveau régional ou national?	OUI..... 1 NON ..... 2	→ 360		
351	A quand remonte la dernière visite de supervision externe dans la structure? 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 la structure 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 la structure en se basant sur les données sanitaires disponibles?		1	2	8
03	Aider la structure 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 la structure 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 la structure? SONDER.	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SERVICES 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE ÉLÉME 2	→ 363
362	Est-ce que la structure 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	
01	CARNET DE SANTE .....	1 2	
02	INSCRIPTION/ LISTE D'ENREGISTREMENT .....	1 2	
03	CONSULTATION.....	1 2	
04	MEDICAMENTS. ....	1 2	
05	VACCINS .....	1 2	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS. ....	1 2	
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX. ....	1 2	
08	SERINGUES ET AIGUILLES.....	1 2	
09	CESARIENNE .....	1 2	
10	TEST DEPISTAGE VIH .....	1 2	
11	TEST DE DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1 2	
12	MICROSCOPIE POUR LE PALUDISME	1 2	
13	AUTRES TESTS DE LABORATOIRE .....	1 2	
14	ARV POUR TRAITEMENT .....	1 2	
15	ARV POUR PTME. ....	1 2	
16	PROCEDURES DE PETITE CHIRURGIE. ....	1 2	
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 T/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 structure?  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 D E F G H I X SPEFICIER	

SOURCES DE FINANCEMENT

370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la structure a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 2012-2013. Si une <b>autre personne</b> 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.  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE.	MINISTERE DE LA SANTE ..... A AUTRES MINISTERES. .... B REGIME DE PROTECTION MEDICALE (ASSURANCE). .... C FONDS DE SECURITY SOCIALE ..... D REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR. E ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR PFF ORGANISME DONATEUR/ONG. .... G CONFESIONNEL.....H PROGRAMMES COMMUNAUAIRES. .... I AUTRE..... X SPECIFIER	
-----	--	--	--

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 structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée dans cette structure. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne en tant 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) ENGAGE OU AFFECTE	(b) TEMPS PARTIEL	
	CATEGORIES PROFESSIONNELLES			
01	MEDECINS GENERALISTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	CHURURGIES GENERALISTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03	MEDECINS SPECIALISTES [Y COMPRIS LES ANESTHESISTES, SPECIALISTES MEDICALES ET CHIRURGICALES, LES PATHOLOGISTES, CHIRURGIENS DENTISTES, ETC]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE	<input type="checkbox"/>		
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE	<input type="checkbox"/>		
06	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REAMINATION	<input type="checkbox"/>		
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGINERIE MEDICAL	<input type="checkbox"/>		
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE	<input type="checkbox"/>		
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE	<input type="checkbox"/>		
10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE	<input type="checkbox"/>		
11	TECHNICIEN SUPERIEUR OPHTALMOLOGIE	<input type="checkbox"/>		
12	TECHNICIEN SUPERIEUR GENIE SANITAIRE	<input type="checkbox"/>		
13	INFIRMIER (E) [Y COMPRIS INFIRMIER D'ETAT, BLOC, ANESTHESISTE]	<input type="checkbox"/>		
14	ASSISTANT INFIRMIER [Y COMPRIS AIDE INFIRMIER, AGENT SANITAIRE ET INFIRMIER D'ECOLE]	<input type="checkbox"/>		
15	SAGE FEMME	<input type="checkbox"/>		
16	PHARMACIEN	<input type="checkbox"/>		
17	TECHNICIEN DE PHARMACIE	<input type="checkbox"/>		
18	ASSISTANT TECHNICIEN PHARMACIE	<input type="checkbox"/>		
19	BIOLOGISTE	<input type="checkbox"/>		
20	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE	<input type="checkbox"/>		
21	MATRONE	<input type="checkbox"/>		
22	RELAIS	<input type="checkbox"/>		
23	AUTRES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	<input type="checkbox"/>		
	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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 la structure?	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 ARCHIVE NON DISPONIBLE..... Z	↓417
415	Est-ce que la structure 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 la structure 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 (comite de santé) et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent périodiquement?	OUI..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	↓430
418	A quelle fréquence se tiennent ces réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite 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	↓430
419	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) ?	OUI..... 1 NON ..... 2	→430
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	

OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

430	Est-ce qu'il existe dans cette structure, un système pour recueillir les opinions/suggestions des patients à propos de la structure 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 LA STRUCTURE..... G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNITE... H AUTRE: Plainte directe aux agents/prestataires 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	

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 structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 450
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	→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 structure dispose d'une ambulance fonctionnelle ou d'un véhicule quelconque, qui stationne dans la structure 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 structure a accès à une ambulance fonctionnelle ou un véhicule quelconque, qui est stationné ou qui part d'une autre structure 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	



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

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires?	OUI..... 1 NON..... 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation de rapports contenant des informations sanitaires?	OUI..... 1 NON..... 2	→464
462	A quelle fréquence ces rapports sont compilés?	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	
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 structure, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI..... 1 NON..... 2	→470
465	Qui est cette personne?  INSISTEZ	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SGIS..... 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE..... 2 AUTRE PRESTATAIRE..... 3	

STATISTIQUES SANITAIRES

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

470	<b>VERIFIEZ Q110</b> FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> SERVICES D'HOSPITALISATION PAS DE FOURNITURE DE <input type="checkbox"/> SERVICES D'HOSPITALISATION → 472
471	Combien de sorties de malades y a-t-il eu durant le dernier mois calendaire [1 MOIS], pour tous les cas, aussi bien chez les adultes que les enfants? # DE SORTIES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP..... 9998
472	Combien de 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

REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLEC DE DONNEES SUIVANT.

## SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE 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 STRUCTURE? OUI (CODES 1 OU 2 ENCERCLES) <input type="checkbox"/> NON (CODE 3 ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>						
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA STRUCTURE 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 la structure ?" 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) AJOUTER A CHALEUR SECHE	1 → b	2 → b	3 3 ↓	1	2	8
03	STERILISATEUR A VAPEUR	1 → b	2 → b	3 3A ↓	1	2	8
03A	STERILISATION A CHALEUR SECHE (POUPINEL)	1 → b	2 → b	3 4 ↓	1	2	8
04	BOULLOIRE 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 → b	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 → b	2 → b	3 9 ↓			
09	N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3			
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA STRUCTURE, 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"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 NSP . . . . . 998	TEMPERATURE <input type="text"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 NSP . . . . . 998				
C	Pression	PRESS-ION <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"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 PAS UTILISÉ . . . . . 995 NSP . . . . . 998	MINUTES <input type="text"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 NSP . . . . . 998	MINUTES <input type="text"/> NSP . . . . . 998	MINUTES <input type="text"/> NSP . . . . . 998	MINUTES <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"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 PAS UTILISÉ . . . . . 995 NSP . . . . . 998					
G	Désinfectant chimique utilisé					CHLORE/EAU DE JAVE 01 FORMALDEHYDE . . . . . 02 GLUTERALDEHYDE . . . . . 03 NSP . . . . . 98	
503	Est-ce cette structure 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 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSIBLE DE LA GESTION DES DECHETS DANS CETTE STRUCTURE.  
 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 <b>finale</b> utilisée dans cette structure pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies de déchets d'objets tranchants) ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p><b>ATTENTION!</b></p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES <b>02 - 09</b>, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCRECLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p><b>COMBUSTION DANS INCINERATEUR :</b>                  FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS                  UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. .... 03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 04                  DANS TROU OU SOL PROTEGE. .... 05</p> <p><b>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 06                  DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. .... 08                  SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE .... 09</p> <p><b>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. .... 10                  STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE. .... 11                  STOCKAGE NON PROTEGE .... 12</p> <p><b>AUTRE</b> ..... 96                  (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS</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 structure pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p><b>ATTENTION!</b></p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES <b>02 - 09</b>, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCRECLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS</p> <p><b>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR:</b>                  FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS                  UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. .... 03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 04                  DANS TROU OU SOL PROTEGE. .... 05</p> <p><b>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 06                  DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. .... 08                  SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE .... 09</p> <p><b>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. .... 10                  STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE. .... 11                  STOCKAGE NON PROTEGE. .... 12</p> <p><b>AUTRE</b> ..... 96                  (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. .... 95</p>	
602	<p><b>VERIFIEZ Q600</b>                  ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE                  OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCRECLE)</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE                  NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (CODE "95" ENCRECLE)</p> <p><input type="checkbox"/></p>	604
603	<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS TRANCHANTS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE LA STRUCTURE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. .... 1                  DECHETS VISIBLES MAIS ENDROIT PROTEGE .... 2                  DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE .... 3                  DECHARGE PAS INSPECTEE .... 8</p>	
604	<p><b>VERIFIEZ Q601.</b>                  ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE                  OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCRECLE)</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE                  NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (CODE "95" ENCRECLE)</p> <p><input type="checkbox"/></p>	606
605	<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS MEDICAUX SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE LA STRUCTURE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. .... 1                  DECHETS VISIBLES MAIS ENDROIT PROTEGE .... 2                  DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE .... 3                  DECHARGE PAS INSPECTEE .... 8</p>	

606	<b>VERIFIEZ Q600 ET Q601</b> UTILISATION D' INCINERATEUR (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	INCINERATEUR NON UTULISE <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 REpond/NSP INFORME	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	610
609	Est-ce que le carburant est disponible aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	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 LA STRUCTURE 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 LATRINESE SANS DALLE/TROU OUVERT ..... 23 TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31 SEAU/TINETTE ..... 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ..... 51 PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61	
-----	---	--	--

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

A CE STADE, DITES A VOTRE REpondant QUE VOUS VOUDRIEZ REGARDER QUELQUES MATERIELES ET EQUIPEMENT UTILISES POUR LA FOURNITURE DE SERVICES AUX PATIENTS. VOUS VOUDRIEZ VOIR SI CES MATERIELS ET EQUIPEMENTS SONT DISPONIBLE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE. SI VOUS NETES 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) FUNCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	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			

SALLE DE CONSULTATION

A CE STADE, DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LA SALLE OU L'ENDROIT, OU DANS LE PRINCIPAL SERVICE DE CONSULTATION, LA PLI DES PRESTATIONS DE SERVICES SONT FOURNIES AU PATIENTS. OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATI FONT. INDIQUER SI LES ELEMENTS SUIVANTS SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE I 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 (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 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 <b><u>sont protégés contre le soleil et la pluie?</u></b>  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	
-----	--	----------------------------	--

REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.

## SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	<b>VERIFIEZ Q102.17</b> FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS LA STRUCTURE	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 DONNEES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE OBJET D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATION SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS LA STRUCTURE ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.

## HEMATOLOGIE

801	Est-ce qu'on fait des test d'anémie ici-même dans la structure?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 803						
802	Veuillez SVP me dire si: 1) Chacun des équipements pour le test d'anémie est utilisé dans la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	(a)	(b)	(c)					
		UTILISÉ	EQUIPMENT/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 ↙	2 ↘ c 02 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 02 ↙	1	2	8
02	HemoCues	1 → b 02A ↙	2 ↘ c 02A ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 02A ↙	1	2	8
02A	Test d'Emmel (pour drepanocytose)	1 → b 02B ↙	2 ↘ c 02B ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 02B ↙	1	2	8
02B	Appareil d'électrophorese ( pour l'électrophorese d'hémoglobine)	1 → b 04 ↙	2 ↘ c 04 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 04 ↙	1	2	8
03	Microcuvettes (avec une date d'expiration valide)			1	2	3			
04	Colorimètre ou hémoglobinomètre	1 → b 07 ↙	2 ↘ c 07 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 07 ↙	1	2	8
05	Solution de Drabkin (pour colorimètre et hémoglobinomètre)			1	2	3			
06	Pipette (pour mesurer le volume du sang)	1 → b 07 ↙		1	2	3			
07	Papier litmus pour test d'hémoglobine (avec date d'expiration valide)	1 → b 803 ↙		1	2	3			
803	Est-ce qu'on fait le comptage des CD4 dans cette structure?			OUI	NON		1	2	→ 806
804	Puis-je voir l'équipement ou la machine pour le test CD4 ?			OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU			1	2	
805	Est-ce que l'équipement pour le test CD4 est fonctionnel			OUI	NON		1	2	

DEPISTAGE DU VIH

806	Est-ce que la structure fait des tests VIH, y compris le TDR du VIH, soit dans la structure 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 DISPONIBLEBLE, 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 DISPONIBLEBLE, 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 la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) les équipements sont fonctionnel	<b>(a) TEST FAIT</b>		<b>(b) EST-CE QUE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBILITE?</b>			<b>(c) EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?</b>		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBL	OUI	NON	NSP
	01	Scanner/lecteur ELISA/EIA	1* b 2] 02*←	1 ▶ c	2 ▶ c	3 ] 02*←	1	2	8
	02	Nettoyeur pour scanner/lecteur ELISA	1* b 2] 03*←	1 ▶ c	2 ▶ c	3 ] 03*←	1	2	8
	03	Réactif Dynabeads avec mélangeur tourbillonnaire vortex	1* b 2] 04*←	1 ▶ c	2 ▶ c	3 ] 04*←	1	2	8
	04	Test Western Blot	1* b 2] 05*←	1	2	3			
	05	PCR pour analyse de la charge virale [réaction de polymérisation en chaîne (PCR)]	1* b 2] 06*←	1	2	3			
06	PCR pour ADN-EID	1* b 2] 812*←	1	2	3				
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..... RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 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..... RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 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..... RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 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 NON. .... 2	→ 823
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 AUTRE ..... X	
820	Est-ce qu'il y a un document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 823
821	Puis-je voir le rapport ou le document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	→ 823
822	QUEL EST LE PLUS RECENT POURCENTAGE D'ERREUR RELEVÉ PAR LE CONTRÔLE DE QUALITE EXTERNE SELON LE RAPPORT.	POURCENTAGE D'ERREUR ..... <input type="text"/> PAS DISPONIBLE ..... 95	
823	Est-ce qu'on envoie des échantillons de sang en dehors de la structure 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 la structure?  INSISTER	ELISA/EIA. .... A WESTERN BLOT. .... B PCR POUR EID. .... 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 la structure ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 827
826	Puis je voir le document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de la structure ?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 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 FOR ITEMS THAT YOU DO NOT SEE, ASK YOUR RESPONDENT TO SHOW THEM TO YOU.

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 structure?	OUI .....1 NON .....2	→ 832	
831	Veuillez SVP me dire si: a) Les équipements suivant d'analyse d'analyse de glucose sont utilisés dans cette structure b) L'équipement est disponible, et c) L'équipement est fonctionnel	(a) UTILISÉ	(b) EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POSSIBLES LE TEST SONT DISPONIBLES?	(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?
		OUI NON	OBSERVÉ RAPPORTÉ PAS VU DISPONIBLE	OUI NON NSP
01	Glucomètre	1* b 2] 02←	1 → c 2 → c 3 ] 02←	1 2 8
02	Bandelettes de test	1* b 2] 832←	1 → c 2 → c 3 ] 832←	1 2 8
832	Est-ce qu'on fait dans cette structure des <b>analyses de la fonction hépatique</b> (tels que l'ALAT & l'ASAT) ou des <b>analyses de la fonction rénale</b> (telles que la créatinine sérique)?	OUI .....1 NON.....2	→ 836	
833	Est-ce que cette structure dispose d'un analyseur biochimique sanguin qui permet de faire la créatinine sérique, le TFH et la glycémie (le spectrophotomètre)?	OUI .....1 NON.....2	→ 836	
834	Puis-je voir l'analyseur biochimique sanguin (le spectrophotomètre) ?	OBSERVÉ.....1 RAPPORTÉ, PAS VU.....2		
835	Est-ce que l'analyseur biochimique sanguin (le spectrophotomètre) est fonctionnel? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTÉE	OUI .....1 NON.....2		
836	Est-ce que dans cette structure on fait n'importe quel tests biochimiques sur les urines utilisant bandelettes et / ou des tests de grossesse?	OUI .....1 NON.....2	→ 838	
837	Veuillez SVP me dire si les bandelettes réactives suivantes sont utilisées et sont disponibles aujourd'hui;	(A) UTILISÉ	(B) OBSERVÉ DISPONIBLE	
		OUI NON	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	
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	
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	
03	N'importe quel type de test de grossesse (avec date d'expiration valide)	1*b 2] 838←	1 2 3	
838	Est-ce que vous avez une fois envoyé des prélèvements de <b>sang ou d'urine</b> en dehors de la structure pour des analyses biochimiques du sang, les tests de fonctions hépatiques (TFH) des analyses d'urines, ou des tests de grossesse?	OUI .....1 NON.....2	→ 840	
839	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVE, CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE	(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ	(B) DOCUMENT DES RESULTATS DES TESTS OBSERVÉ	
		OUI NON	OUI NON	
01	Analyses biochimiques du sang (par exemple sucre, sodium, potassium etc.)	1 → b 2 ] 02 ←	1 2	
02	Test des fonctions hépatiques (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 <b>EQUIPEMENTS</b> suivants sont utilisés dans cette structure b) sont disponible, et c) Les équipements sont fonctionnels	(a)		(b)			(c)			
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLI AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP	
		EQUIPEMENT EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS TEST UTILISÉ POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?					
01	MICROSCOPE OPTIQUE	1 → b 02 ↓	2 ↓	1 → c	2 → c	3 ↓ 02 ↓	1	2	8	
02	MICROSCOPE ELECTRONIQUE	1 → b 03 ↓	2 ↓	1 → c	2 → c	3 ↓ 03 ↓	1	2	8	
03	REFRIGERATEUR DANS LE LABORAT	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 CSF	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 PALUDISME, c'est-à-dire dans la structure?				OUI.....	1				
					NON.....	2			→848	
842	Est-ce que les TDR sont utilisés dans ce service pour diagnostiquer le paludisme?				OUI.....	1				
					NON.....	2			→847	
843	Puis-je voir un exemplaire du kit de TDR pour le Paludisme?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.				OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....	1				
					OBSERVÉ,AUCUN VALIDE.....	2				
					RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....	3				
844	OBSERVEZ ET DEMANDER LE TYPE OU LA MARQUE DU KIT L'Ag Fp DE TDR DU PALUDISME				Autre marque PRECISER		1			
							8			
845	Est-ce que vous posséder d'un manuel de formation, un poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?				OUI.....	1				
					NON.....	2			▶ 847	
846	Puis-je voir le manuel de formation, le poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?				OBSERVÉ.....	1				
					RAPPORTÉ, PAS VU.....	2				
847	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur le paludisme est utilisé dans la structure 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	(a)		(b)						
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLI AUJOURD'HUI				
		EQUIPEMENT EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS TEST UTILISÉ POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?					
01	COLORANT DE GIEMSA	1 → b 02 ↓	2 ↓	1	2	3				
02	COLORANT DE CHAMP	1 → b 03 ↓	2 ↓	1	2	3				
03	COLORANT ACRIDINE ORANGE	1 → b 03A ↓	2 ↓	1	2	3				
03A	COLORANT MAY GRUMWALD	1 → b 848 ↓	2 ↓	1	2	3				

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

SYPHILIS

854	Est-ce qu'on fait ici un quelconque test sur la <b>syphilis</b> , c'est-à-dire dans la structure?	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?  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																	
857	En plus de TDR de la syphilis, est-ce cette structure 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 la structure b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles c) L'équipement est fonctionnel	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">(a) TEST FAIT</th> <th colspan="3">(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE SONT DISPONIBLE?</th> <th colspan="3">(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?</th> </tr> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>OBSERVÉ</th> <th>RAPPORTÉ PAS VU</th> <th>PAS DISPONIBL</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </table>	(a) TEST FAIT		(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE SONT DISPONIBLE?			(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?			OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBL	OUI	NON	NSP	
(a) TEST FAIT		(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE SONT DISPONIBLE?			(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?														
OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBL	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	3								
04	RPR (Rapid plasma reagin test)	1 → b 2 ] 04A ←	1	2	3 ] O4A ←														
04A	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 la structure?	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 la structure b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">(a) TEST FAIT</th> <th colspan="3">(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE SONT DISPONIBLE?</th> </tr> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>OBSERVÉ</th> <th>RAPPORTÉ PAS VU</th> <th>PAS DISPONIBL</th> </tr> </table>	(a) TEST FAIT		(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE SONT DISPONIBLE?			OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBL	
(a) TEST FAIT		(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE SONT DISPONIBLE?											
OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBL									
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 <b>TBC</b> dans cette structure?			OUI.....	1		
				NON.....	2	→ 865	
862	Veillez SVP me dire si:	(a)	(b)	(c)		EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?	
	1) L'un des tests ou équipements suivant: EQUIPEMENT EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS sur la TBC est utilisé dans la structure TEST UTILISÉ POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?	OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	OUI NON NSP
	2) Tous les éléments nécessaires pour les tests sont disponibles.						
	3) Les équipements sont fonctionnels						
01	Test de Ziehl-Neelson pour BAAR (bacilles acido-alcool-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	Salle de biosécurité	1→ b	2 863	1	2	3	
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 TBC?			OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....	1		
	VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE			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	→ 867	
866	Puis-je voir un échantillon de crachoir?			OBSERVÉ.....	1		
				RAPPORTÉ, PAS VU.....	2		
867	Est-ce qu'on envoie des échantillons de crachats en dehors de la structure 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	Veillez me dire SVP quel type de pratique de contrôle de qualité est suivi dans cette structure?			CQ INTERNE SEULEMENT.....	01		
				CQ EXTERNE SEULEMENT.....	02		
				CQ INTERNE & EXTERNE.....	03		
	SONDER POUR SAVOIR QUEL TYPE DE CONTRÔLE QUALITE EST UTILISE.			ENVOI DE LAMES POUR LA RELECTURE (CONTRÔLE).....	04		
				AUTRE.....	96		
				(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	<p>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.</p>	<p>OUI ..... 1                  NON ..... 2</p> <p style="text-align: center;"><b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←</p>																																
881	<p>Veillez SVP me dire :                  1) Si l'un des équipements suivants pour la radiographie est utilisé dans cette structure, s'il est disponible aujourd'hui, et                  2) S'il est fonctionnel aujourd'hui</p>	<p>(b) EQUIPEMENT UTILISÉ ET DISPONIBLE?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">OBSERVÉ</th> <th rowspan="2">RAPPORTÉ PAS VU</th> <th>PAS DISPONIBLE</th> </tr> <tr> <th>AUJOURD'HUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 → c</td> <td>2 → c</td> <td>3 } 02 ←</td> </tr> <tr> <td>1 → c</td> <td>2 → c</td> <td>3 } 03 ←</td> </tr> <tr> <td>1 → c</td> <td>2 → c</td> <td>3 } 04 ←</td> </tr> <tr> <td>1 → c</td> <td>2 → c</td> <td>3 } <b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←</td> </tr> </tbody> </table>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	AUJOURD'HUI	1 → c	2 → c	3 } 02 ←	1 → c	2 → c	3 } 03 ←	1 → c	2 → c	3 } 04 ←	1 → c	2 → c	3 } <b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←	<p>(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1 } ↓</td> <td>2 } ↓</td> <td>8 } ↓</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b></p>	OUI	NON	NSP	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1 } ↓	2 } ↓	8 } ↓
OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE																																
		AUJOURD'HUI																																
1 → c	2 → c	3 } 02 ←																																
1 → c	2 → c	3 } 03 ←																																
1 → c	2 → c	3 } 04 ←																																
1 → c	2 → c	3 } <b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←																																
OUI	NON	NSP																																
1	2	8																																
1	2	8																																
1	2	8																																
1 } ↓	2 } ↓	8 } ↓																																
<p>REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.</p>																																		

## SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

900	<b>VERIFIEZ Q210</b> EXISTENCE DE STOCKS DE MEDICAMENTS DANS LA STRUCTURE	PAS DE STOCKS DE MEDICAMENTS ALLER A LA SECTION SUIVANTE
-----	---	---

## SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

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 la structure de santé. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocker à un autre endroit dans la structure, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

## ANTIBIOTIQUES

901	Est-ce que les <b>antibiotiques</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure de santé?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ 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	AMOXICILLINE/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	CEFIXIME COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
09	CEFTRIAXONE INJECTION (Antibiotique injectable)	1	2	3	4	5
10	CIPROFLOXACINE (antibiotique oral de seconde intention)	1	2	3	4	5
11	CO-TRIMOXAZOLE (COMPRIMES) (Antibiotique oral pour adulte)	1	2	3	4	5
12	CO-TRIMOXAZOLE SUSPENSION (Antibiotique Oral pour enfant)	1	2	3	4	5
13	DOXYCYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
14	ERYTHROMYCINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
15	ERYTHROMYCINE [suspension buvable]	1	2	3	4	5
16	GENTAMYCINE INJECTION (Antibiotique injectable à large spectre)	1	2	3	4	5
17	METRONIDAZOLE COMPRIMES [antibiotique/ambicide/antiprotozoaire]	1	2	3	4	5
18	METRONIDAZOLE INJECTION	1	2	3	4	5
19	PENICILLINE INJECTION (Antibiotique injectable à large spectre)	1	2	3	4	5
20	TETRACYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
21	TETRACYCLINE POMMADE OPHTALMIQUE	1	2	3	4	5
22	AUTRE ANTIBIOTIQUE ET POMMADE OPHTALMIQUE POUR NOUVEAU-NE	1	2	3	4	5



MEDICAMENTS DEPARASITANTS

902	Est-ce que les médicaments suivants destinés au traitements des <b>infestations vermineuses</b> sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  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
			1	2	3	4
01	ALBENDAZOLE	1	2	3	4	5
02	MEBENDAZOLE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

903	Est-ce que les médicaments suivants, destinés à la prise en <b>charge des maladies non transmissibles</b> sont disponibles aujourd'hui dans la structure? 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
			1	2	3	4
01	AMITRIPTYLINE (Dépression)	1	2	3	4	5
02	AMLODIPINE COMPRIMES (Inhibiteur calcique pour hypertension)	1	2	3	4	5
03	ATENOLOL (Beta-bloquant, Angine/hypertension)	1	2	3	4	5
04	BECLOMETHASONE INHALATEUR	1	2	3	4	5
05	BETAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
06	CAPTOPRIL (Vaso-dilatation, hypertension cardiaque)	1	2	3	4	5
07	DEXAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
08	DIAZEPAM INJECTION (Anxiété/relaxant musculaire)	1	2	3	4	5
09	ENALAPRIL CAPSULE/COMPRIME (Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion)	1	2	3	4	5
10	AUTRE INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION	1	2	3	4	5
11	EPINEPHRINE INJECTION	1	2	3	4	5
12	FUROSEMIDE (DIURETIQUE)	1	2	3	4	5
13	THIAZIDE DIURETIQUE	1	2	3	4	5
14	GLIBENCLAMIDE (Traitement oral pour les deux types de diabète)	1	2	3	4	5
15	GLUCOSE SOLUTION INJECTABLE	1	2	3	4	5
16	HEPARINE INJECTION	1	2	3	4	5
17	HYDROCORTISONE	1	2	3	4	5
18	INSULINE INJECTIONS [DIABETE]	1	2	3	4	5
19	ISOSORBIDE DINITRATE	1	2	3	4	5
20	METFORMINE COMPRIMES	1	2	3	4	5
21	NIFEDIPINE COMPRIMES/CAPSULES (CCB pour hypertension)	1	2	3	4	5
22	OMEPRAZOLE (Reflux gastro-oesophagien)	1	2	3	4	5
23	PREDNISOLONE	1	2	3	4	5
24	SALBUTAMOL INHALATEUR (Bronchospasme/Asthme chronique)	1	2	3	4	5
25	SIMVASTATINE (Cholestérol élevé)	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTI-FONGIQUES

904	Est-ce que les <b>médicaments anti-fongiques</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE	RAPPORTÉ	NSP / PAS	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			AUCUN VALIDE	DISPONIBLE PAS VU	DISPONIBLE	
01	FLUCONAZOLE					
02	MICONAZOLE (Ovules vaginales)	1	2	3	4	5
03	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

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

905	Est-ce que les <b>médicaments</b> suivants contre le paludisme sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE	RAPPORTÉ	NSP / PAS	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			AUCUN VALIDE	DISPONIBLE PAS VU	DISPONIBLE	
01	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT]] [20mg/120mg]	1	2	3	4	5
02	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] [40mg/240mg]	1	2	3	4	5
03	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] [60mg/360mg]	1	2	3	4	5
04	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] [80mg/480mg]	1	2	3	4	5
05	FANSIDAR [SULFADOXINE + PYRIMETHAMINE]	1	2	3	4	5
06	QUININE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
07	QUININE INJECTION	1	2	3	4	5
08	ARTESUNATE INJECTABLE	1	2	3	4	5
09	ARTESUNATE SUPPOSITOIRES	1	2	3	4	5
10	AUTRE MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME	1	2	3	4	5

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la <b>santé maternelle</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE	RAPPORTÉ	NSP / PAS	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			AUCUN VALIDE	DISPONIBLE PAS VU	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 SUPHATE 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 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 la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	PAS DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	SALINE NORMALE/ SOLUTION INJECTABLE SODIUM CHLORIDE	1	2	3	4	5
02	SOLUTION DE RINGER LACTATE	1	2	3	4	5
03	5% DEXTROSE - SALINE NORMALE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

908	Est-ce que les <b>AUTRES médicaments</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	PAS DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	DICLOFENAC COMPRIMES (Médicament oral pour forte douleur)	1	2	3	4	5
02	PARACETAMOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	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 structure 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 OBSER' AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	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 6	

MATERIELS

912	Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	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

## SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	<b>VERIFIEZ Q212</b> PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ( <b>RESPONSE 2 ENCERCLÉ</b> )	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE ( <b>RESPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ</b> ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE				
921	Est-ce que les <b>PRODUITS CONTRACEPTIFS</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? 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	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3	4	5
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3	4	5
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3	4	5
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3	4	5
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3	4	5
06	CONDOMS FÉMININS	1	2	3	4	5
07	DISPOSITIF INTRA UTERIN (DIU)	1	2	3	4	5
08	IMPLANT	1	2	3	4	5
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE	1	2	3	4	5
10	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 STOCKES 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 (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?	1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", 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 structure 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 OBSER' AUTRE SYSTÈME	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNE! 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QU 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 4 DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME (SPECIFIER) 6	
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	<b>VERIFIEZ Q214</b> ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPOSE 1 OU 3 ENCERCLÉ)					
		ALLER A LA SECTION SUIVANTE					
931	Est-ce que les antituberculeux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ				
		DISPONIBLE AU MOINS UN VALIDE	AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	ETHAMBUTOL COMPRIMES	1	2	3	4	5	
02	ISONIAZIDE COMPRIMES	1	2	3	4	5	
03	PYRAZINAMIDE	1	2	3	4	5	
04	RIFAMPICINE	1	2	3	4	5	
05	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE	1	2	3	4	5	
06	ISONIAZIDE + ETHAMBUTOL (EH) (2FDC)	1	2	3	4	5	
07	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE (RHZ) (3FDC)	1	2	3	4	5	
08	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + ETHAMBUTOL (RHE) (3FDC)	1	2	3	4	5	
09	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE + ETHAMBUTOL (4FDC)	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 (CHAUVE-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 structure 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 OBSER' AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	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 6	
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  REMERCEZ VOTRE REPODANT DANS LE SERVICE DE TBC ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT.	

## SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

940	<b>VERIFIEZ Q216</b> ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (RESPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ)					
		ALLER A LA SECTION SUIVANTE →					
941	Est-ce que les ARV suivants, du type <b>inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI)</b> sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HL	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5	
02	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) SIROP	1	2	3	4	5	
03	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5	
04	DIDANOSINE (ddl) 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)	1	2	3	4	5	
10	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5	
942	Est-ce que les ARV suivants, du type <b>inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI)</b> sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HL	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 <b>inhibiteur de la protéase</b> sont disponibles aujourd'hui dans cette structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE	RAPPORTÉ PAS VU	NSP / PAS	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			AUCUN VALIDE		DISPONIBLE	
01	LOPINAVIR (LPV)	1	2	3	4	5
01A	LOPINAVIR (LPV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
02	INDINAVIR (IDV)	1	2	3	4	5
03	NELFINAVIR (NFV)	1	2	3	4	5
04	SAQUINAVIR (SQV)	1	2	3	4	5
05	RITONAVIR (RTV)	1	2	3	4	5
06	ATAZANAVIR (ATV)	1	2	3	4	5
06A	ATAZANAVIR (ATV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
07	FOSAMPRENAVIER (FPV)	1	2	3	4	5
08	TIPRANAVIR (TPV)	1	2	3	4	5
09	DARUNAVIR (DRV)	1	2	3	4	5
09A	DARUNAVIR (DRV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
944	Est-ce que les ARV suivants, du type <b>Inhibiteur de Fusion ou ARV Combinés</b> sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE	RAPPORTÉ PAS VU	NSP / PAS	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			AUCUN VALIDE		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	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [AZT + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
07	TENOFOVIR + EMTRICITABINE [TDF + FTC]	1	2	3	4	5
08	TENOFOVIR + LAMIVUDINE [TDF + 3TC]	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR + LAMIVUDINE + EFAVIRENZ [TDF + 3TC + EFV]	1	2	3	4	5
10	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 DE LA CHALEUR?	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 AÉRÉE?	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 structure 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 OBSER' AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	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 6	
948	L' INTERVIEW A PRESETEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/> ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ←	L'INTERVIEW A PRESETEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE ARV <input type="checkbox"/> REMERCEZ VOTRE REPODANT 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	<b>VERIFIEZ Q102.01</b> SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS <input type="checkbox"/>	
		SECTION SUIVANTE OULIEU DE SERVICE ←	

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1001	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 structure, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.			
	<b>SERVICE DE VACCINATION INFANTILE</b> (UTILISER LE MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	(a) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE	
01	Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	
02	Vaccination Polio	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	
03	Vaccination Rougeole	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	
04	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	
04A	Vaccination Fievre Jaune	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	
1002	Est-ce que les directives nationales en matières de vaccination infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	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 LES 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 pointage (contrôle) / "taco jo"	1	2	3
03	Registre de vaccination/du nourrisson sain	1	2	3

1007	Est-ce que cette structure conserve habituellement ses vaccins, ou bien tous ses vaccins sont soit obtenus d'une autre structure sanitaire ou livrés quand les services sont fournis?	CONSERVE LES VACCINS. .... 1 SE RAVITAILLE AILLEURS. .... 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. .... 1 REFRIGERATEUR PAS OBSERVÉ. .... 2	→ 1014			
1008A	INDIQUEZ LE TYPE DE REFRIGERATEUR OBSERVE.	IG 50 ..... 1 TSW 3000 ..... 2 TSW 2000 ..... 3 AUTRES ..... 4				
1009	Avez-vous une feuille de temperature ( un graphique de suivi la chaine de froid)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1012			
1010	Puis-je voir la feuille de temperature?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	→ 1012			
1011	VERIFIER SI LA FEUILLE DE TEMPERATURE A ÉTÉ REMPLI DEUX FOIS PAR JOUR, CHAQUE JOUR, AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, Y COMPRIS LE WEEK-END ET LES JOURS FERIÉS	OUI, REMPLI ..... 1 NON, PAS REMPLI ..... 2				
1012	S'il vous plait, dites-moi si chacun des vaccins suivants est disponible aujourd'hui dans la structure. Si oui, je voudrais le voir.	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE (B) NON OBSERVÉ				
	SI C'EST DISPONIBLE, VERIFIER SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	AU MOINS UN VALIDE AUCUN VALIDE DISPONIBL RAPPOR NSP / PAS DISPONIB DISPONIB JAMAIS ÉTÉ PAS VU AUJOURD' DISPONIBLE				
01	DTC-Hib+HepB [PENTAVALENT]	1	2	3	4	5
02	VACCIN ORAL POLIO	1	2	3	4	5
03	VACCIN ROUGEOLE ET DILUANT	1	2	3	4	5
04	VACCIN BCG ET DILUANT	1	2	3	4	5
04A	VACCIN FIEVRE JAUNE ET DILUANT	1	2	3	4	5
1013	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR?	ENTRE +2 ET +8 DEGRES. .... 1 AU-DESSUS DE +8 DEGRES. .... 2 EN-DESSOUS DE +2 DEGRES. .... 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL. .... 4 LE REFRIGERATEUR DE VACCIN PAS VU. .... 5				
1013A	Utilisez-vous le cahier de maintenance du refrigerateur?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 1014			
1013B	Puis-je voir le cahier?	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE NON VU ..... 2				
1014	Combien de glacières avez-vous? DEMANDER A VOIR LES GLACIERES. LA REPOSE RAPPORTÉE PAR UN REpondant informe est acceptable	UN. .... 1 DEUX OU PLUS. .... 2 AUCUN. .... 3	→ 1050			
1015	Combien d'accumulateurs avez-vous? DEMANDEZ A VOIR LES ACCUMULATEURS LES RESPONSES RAPPORTEES SONT ACCEPTABLES ATTENTION: 4-5 ACCUMULATEURS FAIT UN LOT.	UN ..... 1 DEUX OU PLUS. .... 2 UTILISATION DE LA GLACE ACHETÉE PLUTOT. 3 PAS D'ACCUMULATEUR. .... 4				

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 DEJA ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS 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                  PETITE CHIRURGIE. .... 23                  PAS VISITE AVANT. .... 31</p>	<p>SEC</p>	
1051	<p><b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</b></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	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1052	<p>DECRIRE LE CADRE DES SERVICES DE VACCINATION DES ENFANTS.</p>	<p>SALLE SEPARÉE. .... 1                  AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. .... 2                  INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT. .... 3                  PAS D'INTIMITÉ. .... 4</p>		
<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 11: SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT

1100	<b>VERIFIEZ Q102.6</b> SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE	PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE
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 structure, 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 LA STRUCTURE	(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	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
1102	Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI NON.....	1 2 → 1104
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 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 OBSERVÉ   RAPPORTÉ PAS VU   PAS DISPONIBLE	
			(B) FONCTIONNEL 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	RUBAN METRE	1   2   3	
04A	TABLE DE CROISSANCE	1   2   3	
05	COURBES DE CROISSANCE	1   2   3	

REMERCEZ 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	<b>VERIFIEZ Q102.03</b> SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	SECTION/SERVICE SUIVANT(E) <input type="checkbox"/>
------	---	---	---

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 structure 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 LA STRUCTURE	(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"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <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 directives de la PCIME dans les prestations de services aux enfants de moins de 5 ans?	OUI. .... 1 NON ..... 2			
1204	Est-ce que les <b>directives de la PCIME</b> 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 directives 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 structure 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 ACTIVITE, 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 FAC NSP SYSTEMATI Q	
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 BEBE (GRADUATION 250 gr)	1 → b	2 → b	3 02 ←	1	2	8	
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (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 MEDICAL	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	Livret de tableaux de la 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>	<p>INFORMATIONS GENERALES. . . . . 11                  VACCINATION 12                  PLANNING FAMILIAL. . . . . 14                  CPN. . . . . 15                  PTME. . . . . 16                  MATERNITE . . . . . 17                  SERVICES IST . . . . . 18                  TUBERCULOSE . . . . . 19                  COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. . . . . 21                  MALADIES NON TRANSMISSIBLES . . . . . 22                  PETITE CHIRURGIE . . . . . 23                  PAS VISITE AVANT . . . . . 31</p>		
1251	<p><b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</b></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	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1052	<p>DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p>	<p>SALLE SEPARÉE. . . . . 1                  AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. . . . . 2                  INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT. . . . . 3                  PAS D'INTIMITÉ. . . . . 4</p>		
<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	<b>VERIFIEZ Q102.04</b>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF
	FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE.  
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 structure?  UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
1302	Est-ce que cette structure <b>fournit</b> (c'est-à-dire, stocke les produits) ou bien <b>prescrit, conseille ou réfère</b> les clientes pour l'usage des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFÈRE	NON
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3
07	DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)	1	2	3
08	IMPLANT	1	2	3
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULES DU LENDEMAIN)	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	1	2	3
12	STERILISATION MASCULINE	1	2	3
13	STERILISATION FEMININE	1	2	3
14	AUTRES METHODES (PAR EX., SPERMICIDE OU DIAGPHRAGME)	1	2	3
1303	Est-ce que les directives 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 directives 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 le voir?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2		



1309	Y a-t-il dans votre structure 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 NSP SYSTEMATIQUE	
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	1	2	3	8
1311	Dans cette structure est-ce que les prestataires diagnostiquent et traitent systématiquement les IST, ou est-ce que les patients IST sont référés vers un autre prestataire ou une autre structure pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUEMENT/TRAITENT SYSTEMATIST... 1 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE... 2 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE..... 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAITEMENT/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 de test de dépistage 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			

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	MANNEQUINS POUR DEMONSTRATION DU CONDOM (PENIS ANATOMIQUE)	1	2	3			
09A	MANNEQUINS POUR DEMONSTRATION DE L'IMPLANT (BRAS ANATOMIQUE)	1	2	3			

1315	<b>VERIFIEZ Q1302.07 &amp; Q1302.08.</b>	DIU OU IMPLANT PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	NI DIU NI IMPLANT PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <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	Veuillez 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	<b>VERIFIEZ Q1302.07</b>	DIU PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	DIU PAS PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	1319	
1318	Veuillez 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	<b>VERIFIEZ Q1302.08.</b>	IMPLANT PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	IMPLANT PAS PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	1321	
1320	Veuillez 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	TROCAR 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 U/PINCE A DISSEQUER, CUPULE, CHAMP STEERILE TROUE BETADINE ]	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 LA STRUCTURE. . . . . 2 DANS LES DEUX ENDROITS 3 PAS DE TRAITEMENT DU MATERIEL DANS LA STRUCTURE. . . . . 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 VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . .	11	SE
		VACCINATION . . . . .	12	
		SOINS INFANTILES	13	
		CPN. . . . .	15	
		PTME. . . . .	16	
		MATERNITE . . . . .	17	
		IST . . . . .	18	
		TUBERCULOSE. . . . .	19	
		COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. . . . .	21	
		MALADIES NON TRANSMISSIBLES . . . . .	22	
		PETITE CHIRURGIE . . . . .	23	
		PAS VISITE AVANT. . . . .	31	
1351	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</b>	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
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 ENCRCLÉ) <input type="checkbox"/>	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REponse 1 ENCRCLÉ) <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	<b>VERIFIEZ Q.102.05</b> SERVICE DE CPN <input type="checkbox"/> DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE	PAS DE SERVICE DE CPN <input type="checkbox"/> DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
------	---	---	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE CPN DANS LA STRUCTURE.  
 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 structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" 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			
03	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME	1	2			
04	VACCINATION CONTRE LE TETANOS	1	2			
1403	<b>VERIFIEZ Q1402.04</b> VACCINATION ANTI TETANOS <input type="checkbox"/> FOURNIE ↓	VACCINATION ANTI TETANOS <input type="checkbox"/> PAS FOURNIE	→ 1406			
1404	Est-ce que le vaccin anti tétanique est disponible tous les jours où les services de CPN sont disponibles dans la structure?	OUI NON PAS TOUS LES JOURS DE CPN. . . . . 2	1	2	→ 1406	
1405	Combien de jours par semaine la vaccination anti tétanos est-elle disponible dans la structure?	JOURS PAR SEMAINE. . . . . <input style="width: 20px;" 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?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE AU MOINS UN VALIDE SI OUI, DEMANDER A VOIR LE KIT DU TEST OU L'EQUIPEMENT UN VALIDE VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT DE CHAQUE TEST EST VALIDE/NON PERIME SI LE TEST N'EST PAS FAIT, SONDER POUR SAVOIR S'IL EST FAIT DANS UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE	(B) PAS OBSERVÉ RAPPORTE DISPONIBLE NON, OU DISPONIBL DISPONIBL AILLEURS D/ JAMAIS ÉTÉ NON VALIC PAS VU LA STRUCTU DISPONIBLE			
01	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH	1	2	3	4	5
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	1	2
05	CONSEILS SUR L'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES POUR SE PROTEGER DES PIQURES DE MOUSTIQUE ET LE PALUDISME	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 structure, 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 structure sanitaire pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAITENT SYSTEMAT IST. .... 1 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE. .... 2 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE. .... 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAIEMENT/REFERENCE... 4	
1409	Est-ce que les directives 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	→ 1413
1411	Est-ce que d'autres types de directives sur les CPN sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1413
1412	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	
1413	Est-ce que des directives sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1415
1414	Puis-je les voir?  ACCEPTABLE SI FAISANT PARTIE DES AUTRES DIRECTIVES.	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 pour les CPN ou 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 structure 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 NSP SYSTEMATIQUE
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	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 DE PINARD (OBSTETRICAL)	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			
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		DISPONIBL NON VALIC	DISPONIBL PAS VU	DISPONIBLE AUJOURD'HL	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	
04	SP / FANSIDARPOUR TRAITEMENT ITTERMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5	
05	VACCIN CONTRE LE TETANOS	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 VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTRÉES.	INFORMATIONS GÉNÉRALES . . . . .	11	SE
		VACCINATION . . . . .	12	
SOINS INFANTILES	13			
FP	14			
PTME . . . . .	16			
MATERNITE . . . . .	17			
IST . . . . .	18			
TUBERCULOSE . . . . .	19			
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH . . . . .	21			
MALADIES NON TRANSMISSIBLES . . . . .	22			
PETITE CHIRURGIE . . . . .	23			
PAS VISITE AVANT . . . . .	31			
1451	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</b>	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] / 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	<b>VERIFIEZ Q102.06</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/>	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 LA STRUCTURE.

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 SUR LE VIH ET SERVICE DE TEST DE DEPISTAGE AUX FEMMES ENCEINTES	1	2	
02	TEST DE DEPISTAGE DES NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2	
03	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ANTIRETROVIRAUX AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIV1		2	
04	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ARV AUX NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2	
05	CONSEILS AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES POUR L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NE§1 ET NOURRISSONS		2	
06	CONSEILS NUTRITIONELS POUR LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET LEURS ENFANTS	1	2	
07	CONSEILS SUR LA PF AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES	1	2	
1502	<b>VERIFIEZ Q1501.01</b> COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES <input type="checkbox"/>	PAS DE COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES <input type="checkbox"/>		1506
1503	EST-CE QUE C'EST LE MEME ENDROIT OU ON FOUNIT 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 (TDR) 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		
1506	<b>VERIFIEZ Q1501.02</b> COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS <input type="checkbox"/>	PAS DE COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET 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?  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		



1509	Est-ce que les directives 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 directives 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 directives 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	RAPPORTENSP / PAS NON, OU DISPONIBL DISPONIBL DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ NON VALIC PAS VU AUJOURD'H DISPONIBLE	
01		ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES	1	2 3 4 5
02		NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2 3 4 5
03		LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2 3 4 5
04		LOPINAVID (LPV/r) COMPRIMES	1	2 3 4 5
05		ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2 3 4 5
06		EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2 3 4 5
07		TENAFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1	2 3 4 5
08		EMTRICITABINE (FTC)	1	2 3 4 5
09		ZIDOVDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2 3 4 5
10		NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2 3 4 5
11	ZIDOVDINE (AZT) SIROP	1	2 3 4 5	

PRECAUTIONS DE BASE

1550	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.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDiquer LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . .	11	SE
		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			
PETITE CHIRURGIE	23			
PAS VISITÉ AVANT	31			
1551	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</b>	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	DEMANDER A VOIR LE LIEU OU ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME.  DECRIRE LE CADRE DE LA PIECE OU L'ENDROIT.	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 16: ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAU-NES

1600	<b>VERIFIEZ Q102.07</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
------	--	---	--

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.

1601	Est-ce qu'un prestataire qualifié en matière d'accouchement, est présent dans la structure 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 permanence, une liste d'appel ou 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

1604	Veuillez me dire si les services suivants ont une fois été fournis par les prestataires de cette structure, 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	(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA STRUCTURE			(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS		
		OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP
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 POUR 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 DE RESIDUES 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	1 → b	2 1605 ↙	8 1605 ↘	1	2	8
1605	Est-ce que les directives 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 directives nationales sur les soins 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 directives 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 voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	
1611	Est-ce que dans cette structure 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 de maternité?	OUI, SALLE SEPARÉE ..... 1 NON, INTEGRÉ ..... 2	
1613	Est-ce que les prestataires dans cette structure utilisent le partographe pour surveiller le travail et l'accouchement?	OUI ..... 1 PAS D'UTULISATION DE PARTOGRAMME... 2	→ 1615
1614	Est-ce que dans cette structure, 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 structure?	# DE LITS RESERVES A LA MATERNITE  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 structure participe à des analyses (revue de cas) régulières sur la mortalité maternelle et néonatale ou bien sur "les cas évités de justesse"?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1622
1618	Est-ce que ces analyses sont faites sur les mères seulement, les nouveaux-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	<b>VERIFIEZ Q1618:</b>  REPONSE "3" ENCERCLEE <input type="checkbox"/>	REPONSE "3" PAS ENCERCLEE <input type="checkbox"/>	→ 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 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 DE PINARD (OBSTETRICAL)	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 } 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	8
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE				1	2	8
03	FILS DE CLAMPAGE POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8
04	SPECULUM				1	2	8
05	CISEAUX POUR EPISIOTOMIE				1	2	8
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8
07	MATERIEL ET AIGUILLES POUR SUTURE				1	2	8
08	PORTES-AIGUILLES				1	2	8
09	PINCES DE COCHERE				1	2	8
10	PINCES A CLAMPER				1	2	8
11	PORTE-COMPRESSES				1	2	8
12	PARTOGRAMME VIERGE				1	2	8

1624	Est-ce que cette structure observe <b>systématiquement</b> 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	Sécher et couvrir les nouveau-nés pour les réchauffer	1	2	8		
03	commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	1	2	8		
04	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
05	Aspiration à l'aide d'une sonde	1	2	8		
06	Aspiration à l'aide d'une poire	1	2	8		
07	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2	8		
08	Administration de Vitamin K au nouveau-né	1	2	8		
09	Appliquer de la Tetracycline dans les deux yeux	1	2	8		
10	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		
11	Donner au nouveau-né le colostrum par la mise au sein immédiat	1	2	8		
12	Donner au nouveau-né le vaccin polio oral avant la sortie	1	2	8		
13	Faire le BCG au nouveau-né avant sa sortie	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 DISPONIBLE	(B) NON OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORT DISPONIBL PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU DISPONIBLE JAMAIS
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 faites la PTME pour les 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					
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				
		AU MOINS UN VALIDE	AUCUN VALIDE	DISPONIBIL RAPPORTENSP / PAS VU	NON / OU DISPONIBLE JAMAIS AUJOURD'HUI DISPONIBLE		
01		ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02		NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
03		LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04		LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1	2	3	4	5
05		ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
06		EFAVIREN (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
07		TENAFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1	2	3	4	5
08		EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
09		ZIDOVDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2	3	4	5
10		NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
11	ZIDOVDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

1650	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.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDiquer LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . .	11	SE
		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			
PETITE CHIRURGIE	23			
PAS VISITÉ AVANT	31			
1651	<b>STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION</b>	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	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-DESTRUCTIBLES	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	DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE	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: PALUDISME

1700	<b>VERIFIEZ Q102.08:</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME	<input type="checkbox"/> 	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME
			SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS VENANT CONSULTER POUR LE PALUDISME. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES SUR LE PALU. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1701	Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]		JOURS/MOIS .....
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?		OUI ..... 1 NON ..... 2
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins (GE/TDR) pour vérifier le diagnostic du paludisme?		OUI ..... 1 NON ..... 2
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins systématiquement ou parfois seulement?		SYSTEMATIQUEMENT/TOUJOURS ..... 1 PARFOIS SEULEMENT ..... 2
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?		OUI ..... 1 NON ..... 2
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? 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 DU PALUDISME		MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF ..... 1 AUTRE ..... 2 PRECISER
1708	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, un affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou l'ordinogramme?		OUI ..... 1 NON ..... 2
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou l'ordinogramme?		OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme selon les directives?		OUI ..... 1 NON ..... 2
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.		OUI ..... 1 NON ..... 2
1712	Puis-je les voir?		OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme 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
REMERCIEZ 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	<b>VERIFIEZ Q102.09</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>
------	---	--

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 structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DES JOURS]	JOURS/MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1802	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic des IST?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1804
1803	Comment se fait le diagnostique des IST?	APPROCHE SYNDROMIQUE SEULEMENT ..... 1 ETIOLOGIE (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	<b>VERIFIEZ Q1802 ET Q1804</b> REPONSE "1" ENERCLEE DANS SOIT Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS ENERCLEE NI DANS Q1802 NI Q1804 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>
------	--	---

1806	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service ont jamais été référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ce service leur sont offert dans cette structure?	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 suspectés d'être infectés par le VIH?	SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT. . 1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE HIV ..... 2	
1808	Est-ce que les prestataires du service IST font le dépistage du VIH dans ce service même?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1810
1809	Puis-je voir un echantillon 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	
1810	Est-ce que les directives 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 directives 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 structure pratique la notification du partenaire pour les IST?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1816
1815	Est-ce que la notification est toujours active ou parfois (quand la structure contacte le partenaire) ou bien est-elle seulement passive (quand la structure 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 COUNSELIN DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.				
	<b>SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:</b>	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP
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
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
	<b>INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI</b>				
08	Sur les IST	1	2	3	8
09	Sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
10	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
11	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
12	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
13	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
14	Condoms féminins 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>	<p>INFORMATIONS GENERALES ..... 11</p> <p>VACCINATION INFANTILE ..... 12</p> <p>SOINS INFANTILES..... 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL ..... 14</p> <p>CPN ..... 15</p> <p>PTME..... 16</p> <p>MATERNITE..... 17</p> <p>TUBERCULOSE ..... 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH ..... 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22</p> <p>PETITE CHIRURGIE ..... 23</p> <p>PAS VISITE AVANT..... 31</p>	<p>SE</p>	
1851	<p><b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b></p>	<p>OBSERVE</p> <p>RAPPORTE, PAS VU</p> <p>PAS DISPONIBLE</p>		
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 HYDROALCOOLIQUE	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")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	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
1852	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES IST</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>		
<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	<b>VERIFIEZ Q102.10</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC	
------	--	--	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES SUR LA TBC.  
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 TBC sont-ils fournis?  UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input type="text"/>
------	--	-----------------	----------------------

## DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

1902	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic de la tuberculose chez un patient?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1904
1903	Quelle est la méthode la plus utilisée par les prestataires pour faire le diagnostic de la TBC?  SONDER POUR DETERMINER LA METHODE LA PLUS UTILISEE A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO	EXAMEN DES CRACHATS SEULEMENT ... 1 RADIOGRAPHIE SEULEMENT..... 2 SOIT EXAMEN CRACHATS SOIT RADIO... 3 SYMPTOMES CLINIQUES SEULEMENT... 5	
1904	Est-ce que les prestataires ont une fois référé des patients en dehors de la structure pour le diagnostic de la TBC?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1907
1905	Est-ce que cet établissement a un accord avec une structure de référence pour que les résultats des tests de dépistage de la TBC vous soient retournés, soit directement, soit par le patient?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1906	Est-ce qu'il existe un document/registre des patients qui sont référés pour le diagnostic de la TBC?	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 structure prescrivent un traitement pour la TBC ou bien gèrent les patients 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 <u>nouvellement diagnostiqués</u> comme ayant la TBC?  PRECISER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE	TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 2MOIS, SUIVI 4 1 TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 6MOIS. .... 2 SUIVI APRES 2 MOIS DE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE EFFECTUE AILLEURS..... 3 DIAGNOSTIC 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	
1910	<b>VERIFIEZ Q1902 AND Q1908</b> FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC	PAS DE FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC	
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 de TBC? 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 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	
1915	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement de la TBC 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 directives pour la gestion de la co-infection VIH et TBC 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 directives sur le traitement de la TBC-MDR (Multi Drugs Resistant) 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	<b>VERIFIEZ Q1903</b> REPONSES 1, 3 OU 4 <input type="checkbox"/> ENCERCLEES ↓	REPONSES 1, 3 OU 4 <input type="checkbox"/> PAS ENCERCLEES	→ 1950
1922	Est-ce que vous avez dans ce services des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1923	Puis-je en voir un?	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 VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES ..... 11  VACCINATION INFANTILE ..... 12  SOINS INFANTILES..... 13  PLANNING FAMILIAL ..... 14  CPN..... 15  PTME..... 16  MATERNITE..... 17  IST ..... 18  COUNSELING ET DEPISTAGE VIH ..... 21  MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....22  CHIRURGIE MINEURE.....23  PAS VISITE AVANT..... 31</p>	→SEC	
1951	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>	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, 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	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SALLE SEPARÉE. .... 1</p> <p>SONT DELIVRES LES SERVICES DE TBC</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT ..... 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ..... 4</p>			
1953	<p><b>VERIFIEZ Q214</b></p> <p>ANTI-TUBERCULEUX STOCKES AILLEURS OU <input type="checkbox"/> OU PAS STOCKES (REponse 1 PAS ENCERCLEE) ↓</p>	<p>ANTITUBERCULEUX STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC (RESPONSE 1 ENCERCLEE) <input type="checkbox"/></p>	→ 931	
<p>REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

## SECTION 20: TEST DE DEPISTAGE DU VIH

2000	<b>VERIFIEZ Q102.11</b>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	
	Fourniture de services de dépistage du VIH dans la structure <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 la structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DES JOURS..... <input 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 EST 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 LAÏB PATIENT ENVOYE A UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE..... C PATIENT ENVOYE AU LABO DE LA STRUCTURE. D PATIENT ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE. ... E PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE ..... F	
2003	<b>VERIFIEZ Q2002</b> Fourniture de dépistage rapide du VIH dans ce service ("A" encerclé) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" PAS ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 2005
2004	Puis-je voir un 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	
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 directives 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 directives 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	<b>VERIFIEZ Q2002</b> Prélèvement de sang dans le service ("A" ou "B" ou "F" encerclé) <input type="checkbox"/>	PAS DE PRÉLEVEMENT 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.	INFORMATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION INFANTILE ..... 12 SOINS INFANTILES ..... 13 PLANNING FAMILIAL ..... 14 CPN ..... 15 PTME ..... 16 MATERNITE ..... 17 IST ..... 18 TUBERCULOSE ..... 19 MALADIES NON TRANSMISSIBLES ..... 22 PETITE CHIRURGIE ..... 23 PAS VISITE AVANT ..... 31				→2053
2051	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>		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, HIBITANE, 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				→2055
2054	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS ..... 2				
2055	<b>VERIFIEZ Q2002</b>  DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (NI "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>  <b>SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT</b> ←				
2056	Est-ce que cet établissement a un accord avec la structure 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 evidences 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'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.						

## SECTION 21: TRAITEMENT DU VIH

2100	<b>VERIFIEZ Q102.12</b>  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 structure prescrivent un traitement ARV	OUI ..... 1 NON ..... 2	
2102	Est-ce que les prestataires de santé dans cette structure fournissent des services de suivi du traitement aux personnes sous ARV, y compris la fourniture de services communautaires?	OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE ..... 1 OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE ET DANS LA COMMUNAUTE ..... 2 NON ..... 3	
2103	<b>VERIFIEZ Q2101 ET Q2102</b> REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT Q2101 OU Q2102 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q2101 NI Q2102 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>	
2104	Est-ce que les <b>Directives Nationales sur le traitement</b> 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 directives 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 font des tests de base de façon systématiquement, sélective ou jamais, avant de mettre un patient sous ARV.			
		TEST DE SITUATION DE REFERENCE EFFECTUÉ DE FACON		
	TEST	SYSTEMATIQ	SELECTIVE	NON / JAMAIS NSP
01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3 8
02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	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 électrolites)	1	2	3 8
07	Analyse d'urines	1	2	3 8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3 8
09	Test crachat pour la TBC	1	2	3 8
10	Hepatite B	1	2	3 8
11	Radiographie du thorax	1	2	3 8
12	Tous autres tests de routine (SPECIFIER)	1	2	3 8

TESTS DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TARV

2109	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer si <b>un test de suivi</b> est fait systématiquement, de manière sé- jamais <b>pendant que le patient est sous TARV (c'est-à-dire pour le suivi)</b>					
		TEST DE SUIVI EFFECTUÉ DE FAÇON				
	TEST	SYSTEMATIQ	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP	
	01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3	8
	02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	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 électrolites)	1	2	3	8
	07	Analyse d'urines	1	2	3	8
	08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
	09	Test crachat pour la TBC	1	2	3	8
	10	Hepatitis B	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8	
12	Tous autres tests de routine _____ (SPECIFIER)	1	2	3	8	
2110	<b>VERIFIEZ Q216</b> ARV STOCKES AILLEURS OU PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>			ARV STOCKES DANS LE SERVICE DE TARV (REPONSE 1 ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>	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	<b>VERIFIEZ Q102.13</b> 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 QUESTIONS SUIVANTES.

2201	Veuillez SVP me dire si les prestataires de santé fournissent les services suivants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA:	OUI	NON	NSP	
01	Prescrire un traitement contre toute infection opportuniste ou symptôme lié au VIH/SIDA. Cela inclut le traitement des infections fongiques topiques.	1	2	8	
02	Faire un traitement systématique par voie intraveineuse des infections fongiques spécifiques telles que la méningite à cryptocoque	1	2	8	
03	Faire un traitement pour le sarcome de Kaposi	1	2	8	
04	Faire ou prescrire un traitement palliatif pour les patients, tels que la gestion des symptômes ou de la douleur ou les soins infirmiers aux patients en phase terminale, ou très affaiblis.	1	2	8	
05	Fournir des services de réhabilitation nutritionnelle, c'est-à-dire l'éducation et la fourniture au patient de suppléments nutritionnels	1	2	8	
06	Prescrire ou fournir un supplément de protéines enrichies	1	2	8	
07	Fournir des soins pédiatriques pour les enfants atteints du VIH/SIDA	1	2	8	
08	Prescrire ou fournir un traitement préventif contre la TB (INH + Pyridoxine)	1	2	8	
09	Fournir un traitement préventif primaire contre les infections opportunistes, tel que le traitement préventif au Cotrimoxazole	1	2	8	
10	Fournir ou prescrire un supplément en oligo-éléments tels que des vitamines ou du fer	1	2	8	
11	Fournir le counseling et/ou services de PF	1	2	8	
12	Fournir des condoms pour la prévention de la transmission du VIH	1	2	8	
2202	Est-ce qu'il y a un système pour tester et dépister systématiquement la TBC chez les patients séropositifs?	OUI ..... 1 NON ..... 2			→2204
2203	Puis-je voir le registre qui montre que les patients seropositifs sont systématiquement tester et dépister pour la TBC?	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVÉ ..... 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2			
2204	Est-ce que les directives nationales pour la gestion clinique du VIH/SIDA sont disponibles dans ce service ?	OUI ..... 1 NON ..... 2			→ 2206
2205	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2			
2206	Est-ce que les directives sur les soins palliatifs sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2			→2208
2207	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			
REMERCIEZ 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	<b>VERIFIEZ Q102.14</b>	FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>	
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 INFORME 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 structure 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 <b>directives nationales</b> 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 <b>d'autres types de directives</b> sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2310
2304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	

## MALADIES CADIO-VASCULAIRES

2310	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou gèrent les <b>maladies cardiovasculaires</b> 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 <b>directives nationales</b> 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 <b>d'autres types de directives</b> 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 structure font le diagnostic et/ou gèrent des maladies respiratoires <b>chroniques</b> telles que la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT ..... 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION ..... 2 OUI, GESTION SEULEMENT ..... 3 NON ..... 4	→ 2330
2321	Est-ce que les <b>directives nationales</b> 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	→ 2330
2323	Est-ce que <b>d'autres types de directives</b> pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2330
2324	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 DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	SECTION INFORMATIONS GENERALES ..... 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	LOUI	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	STADIOMETRE [OU TOISE] POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8	
05	RUBAN DE MESURE [POUR LA CIRCONFERENCE]	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8	
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 AUTOGONFLABLE [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 → b	2 → b	3 15 ↙	1	2	8	
15	DEBIMETRES	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 VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES .....11                  VACCINATION INFANTILE .....12                  SOINS INFANTILES. .... 13                  PLANNING FAMILIAL ..... 14                  CPN. .... 15                  PTME. .... 16                  MATERNITE. .... 17                  IST ..... 18                  TUBERCULOSE ..... 19                  COUNSELING ET DEPISTAGE VIH ..... 21                  PETITE CHIRURGIE. .... 23                  PAS VISITE AVANT. .... 31</p>	<p>→ St</p>	
2351	<p><b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b></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 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	<p>SALLE SEPARÉE. .... 1                  AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. .... 2                  INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT. .... 3                  PAS D'INTIMITÉ. .... 4</p>		
<p>REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

## SECTION 24: SERVICES DE PETITE CHIRURGIE

2400	<b>VERIFIEZ Q102.15</b> 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 LA 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-DESS

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	PINCE PORTE-AIGUILLE	1 → b	2 → b	3 02 ←	1	2	8
02	LAME DE BISTOURI AVEC MANCHE	1 → b	2 → b	3 03 ←	1	2	8
03	ECARTEUR CHIRURGICAL	1 → b	2 → b	3 04 ←	1	2	8
04	CISEAUX CHIRURGICAUX	1 → b	2 → b	3 05 ←	1	2	8
05	TUBE NASOGASTRIQUE (10-16G)	1 → b	2 → b	3 06 ←	1	2	8
06	TOURNIQUET / GARROT	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 PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'	PAS JAMAIS DISPONIBLE	
01	FIL DE SUTURE ABSORBABLE	1	2	3	4	5	
02	FIL DE SUTURE NON-ABSORBABLE	1	2	3	4	5	
03	ANTISEPTIQUE/SAVON ANTISEPTIQUE	1	2	3	4	5	
04	LIDOCAINE / LIGNOCAINE INJECTION	1	2	3	4	5	
05	KETAMINE INJECTION	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 (IMEESC)?	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 VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES ..... 11                  VACCINATION INFANTILE ..... 12                  SOINS CURATIFS INFANTILES ..... 13                  PLANNING FAMILIAL ..... 14                  CPN ..... 15                  PTME ..... 16                  MATERNITE ..... 17                  IST ..... 18                  TUBERCULOSE ..... 19                  COUNSELING ET DEPISTAGE VIH ..... 21                  MALADIES NON TRANSMISSIBLES ..... 22                  PAS VISITÉ AVANT ..... 31</p>	<p>SE</p>																																												
2451	<p><b>MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b></p> <p>01 EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)</p> <p>02 SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)</p> <p>03 LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE</p> <p>04 POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE</p> <p>05 AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)</p> <p>06 BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)</p> <p>07 GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)</p> <p>08 DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE</p> <p>09 SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES</p> <p>10 MASQUES MEDICAUX</p> <p>11 BLOUSES</p> <p>12 PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]</p> <p>13 NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>OBSERVE</th> <th>RAPPORTE PAS VU</th> <th>PAS DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
1	2	3																																													
2452	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT</p>	<p>SALLE SEPARÉE ..... 1                  AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE ..... 2                  INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT ..... 3                  PAS D'INTIMITÉ ..... 4</p>																																													
<p>REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.</p>																																															

## SECTION 25: CESARIENNES

2500	<b>VERIFIEZ Q102.16</b>	FOUNTURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOUNTURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE
		<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> ←
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU ON PRATIQUE LES 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 la structure 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 le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU .....2	
2504	Est-ce que la structure dispose d'un anesthésiste qui est présent dans la structure 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 le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU .....2	
2507	Est-ce qu'une césarienne a été pratiquée dans la structure 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.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	MACHINE D'ANESTHESIE RESPIRATEUR	1 → b	2 → b	3 02↙	1	2	8
02	CIRCUIT DU RESPIRATEUR(MASQUE, BALLON, FILTRE, TUYAU)	1 → b	2 → b	3 02A↙	1	2	8
02A	ELECTROCARDIOSCOPE (SCOPE)	1 → b	2 → b	3 03↙	1	2	8
03	CANULE OROPHARYNGEE DE MAYO (ADULTE)	1 → b	2 → b	3 04↙	1	2	8
04	CANULE OROPHARYNGEE (ENFANT)	1 → b	2 → b	3 05↙	1	2	8
05	PINCE MAGILLS - ADULTE	1 → b	2 → b	3 06↙	1	2	8
06	PINCE MAGILLS - ENFANT	1 → b	2 → b	3 07↙	1	2	8
07	TUBE ENDOTRACHEAL ( 3.0 - 5.0)	1 → b	2 → b	3 08↙	1	2	8
08	TUBE ENDOTRACHEAL ( 5.5 - 9.0)	1 → b	2 → b	3 09↙	1	2	8
09	STYLET D'INTUBATION GUIDE D'INTUBATION	1 → b	2 → b	3 10↙	1	2	8
10	AIGUILLE SPINALE	1 → b	2 → b	3 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	1	2	8

REMERCEZ VOTRE REPONDANT 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	<b>VERIFIEZ Q102.18</b> FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE					
		↓	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 REACTIF AU MOINS UN EST VALIDE (PAS PÉRIMÉ)	(A) OBSERVE DISPONIBLE  AU MOINS UN VALIDE	(B) PAS OBSERVE  AUCUN VALIDE	RAPPORTE NSP / PAS VU	DISPONIBLE AUJOURD'	DISPONIBLE JAMAIS	
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	
04A	Réactif Anti-AB (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5	

## SECTION 27: SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE

2700	<b>VERIFIEZ Q102.19</b> FOURNITURE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	--	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT DANS LA STRUCTURE OÙ LE SANG EST COLLECTÉ, STOCKÉ, TRANSFORMÉ OU M, AVANT LA TRANSFUSION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE DANS STRUCTURE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES

2701	D'où vient le sang qu'on utilise dans la structure pour les transfusions sanguines?  SONDER POUR AVOIR UNE LISTE COMPLETE DES SOURCES DU SANG.	BANQUE DE SANG NATIONALE. . . . . A BANQUE DE SANG REGIONALE. . . . . B DON DE SANG DIRECT DES PARENTS . . . . . C AUTRE _____ D (SPECIFIER)
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 structure est dépisté, pour n'importe quelle maladie infectieuse <b><u>soit dans la structure même ou en dehors</u></b> ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 2720
2711	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté seulement dans la structure, seulement dans une structure externe, ou dans les deux à la fois?	SEULEMENT DANS CETTE STRUCTURE. . . . . 1 SEULEMENT DANS UNE AUTRE STRUCTURE. . . . . 2 DEPISTAGE A LA FOIS INTERNE ET EXTERNE. . . . . 3	
2712	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté pour l'une des maladies infectieuses suivante, soit <b><u>dans la structure même ou en dehors</u></b> ? SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "parfois", ou "rarement" dépisté?	TOUJOURS    PARFOIS    RAREMENT    NON	
01	VIH	1                    2                    3                    4	
02	SYPHILIS	1                    2                    3                    4	
03	HEPATITE B	1                    2                    3                    4	
04	HEPATITE C	1                    2                    3                    4	
2713	Est-ce qu'on a une fois envoyé du sang en dehors de la structure pour le dépistage de l'une des 4 maladies infectieuses mentionnées ci-dessus?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 2720
2714	Pour laquelle des maladies a-t-on envoyé du sang en dehors de la structure pour le dépistage? DEMANDER A VOIR LA DOCUMENTATION	(A) PRELEVEMENT ENVOYE POUR TESTS EXTERNES OUI                    NON (B) DOCUMENTS SUR LES TESTS EXTERNES 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 2720	1                    2

CONSERVATION DU SANG

2720	Est-ce qu'il est arrivé que la structure manque de sang pendant plus d'un jour, à n'importe quel moment au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
2721	Est-ce qu'il existe dans ce service 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 TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR OÙ ON CONSERVE LE SANG?	ENTRE +2 ET +6 DEGRES. .... 1 PLUS DE +6 DEGRES. .... 2 MOINS DE +2 DEGRES. .... 3 THERMOMETRE 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 LA STRUCTURE DE SANTE

3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LES CONDITIONS DE LA STRUCTURE	OUI	NON
01	<b>LE SOL:</b> BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS	1	2
02	<b>COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES:</b> 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	<b>MURS:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉS	1	2
07	<b>PORTES:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉES	1	2
08	<b>PLAFOND:</b> TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2
	HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

**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: \_\_\_\_\_





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

**INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTE**

Code de la structure:

--	--	--	--	--

Code Enquêteur:

--	--

Numéro de SERIE du Prestataire:

--	--

[DU FORMULAIRE LISTANT LE PERSONNEL]

Sexe du prestataire: (1=MASCULIN; 2=FEMININ)

--

Statut du Prestataire: (1 = affecté; 2 = appuie)

--

Nombre d'observations de PF associés au prestataire. ....

--

Nombre d'observations d'"Enfants Malades" associés au prestataire. ....

--

**INDIQUER SI LE PRESTATAIRE A ETE PRECEDEMMENT INTERVIEWE DANS UNE AUTRE STRUCTURE. SI OUI, INSCRIRE NOM ET CODE DE LA STRUCTURE OU IL A ETE INTERVIEWE**

OUI, PRECEDEMMENT INTERVIEWE ..... 1

NOM&CODE DE LA STRUCTURE

--	--	--	--	--	--

→ FIN

NON, PAS INTERVIEWE PRECEDEMMENT 2

LIRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUIVANT

Bonjour. Mon nom est \_\_\_\_\_. Je représente l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) et le Ministère de la Santé. Nous faisons une étude pour d'aider le gouvernement à en savoir plus sur les services de sante de notre pays. Je vais commencer par vous lire quelques lignes expliquant le but de l'étude.

Votre structure a été sélectionné pour faire partie de l'étude. Nous allons poser plusieurs questions sur les types de prestations que vous fournissez personnellement, et à propos de la formation que vous avez reçue.

Les informations que vous nous donnez pourront être utilisées par le ministère de la Santé, d'autres institutions ou chercheurs, dans le but d'améliorer la panification des services ou pour des études plus approfondies des services de santé.

Ni votre nom ni celui d'un autre agent de santé participant dans cette étude ne sera mentionné dans la base de données ou dans un rapport; cependant, il y a une petite possibilité qu'un des répondants puisse être identifié dans l'avenir. Pourtant, nous demandons votre aide pour nous assurer que les informations que nous recueillons sont exactes.

Vous pouvez refuser de répondre à telle ou telle question ou interrompre l'interview à tout moment. Cependant, nous espérons que vous participerez à l'enquête. Avez-vous des questions en rapport avec l'enquête? Ai-je votre accord pour commencer?

signature de l'enquêteur

JOUR		MOIS		ANNEE			

LA SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUE QUE LE CONSENTEMENT A ETE OBTENU

101

Puis-je commencer l'interview maintenant?

OUI. .... 1

NON. .... 2

→ FIN

## 1. EDUCATION ET EXPERIENCE

102	Je voudrais vous poser des questions sur votre formation.  Au total, combien d'années d'études primaires, secondaires, et supérieures avez-vous complétées?	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	Quelle est votre profession/qualification actuelle? Par exemple, êtes-vous un(e) infirmier/infirmière, médecin généraliste ou médecin spécialiste?  [la liste sera spécifique au pays - elle doit être suffisamment étendue, éviter le besoin d'inclure « autre »]	MEDECIN GENERALISTE ..... 01 MEDECIN SPECIALISTE ..... 02 TECHNICIEN SUPERIEUR ..... 03 INFIRMIER(E) [Y COMPRIS INFIRMIER D'ETAT, BLOC, ANESTHESISTE] ..... 04 ASSISTANT INFIRMIER [Y COMPRIS AIDE INFIRMIER, AGENT SANITAIRE ET INFIRMIER DIPLOME D'ECOLE] ..... 05 SAGE-FEMME ..... 06 BIOLOGISTE/ TECHNICIEN DE LABO ..... 07 ASSISTANT TECHNICIEN DE LABO ..... 08 QUALIFICATION NON-TECHNIQUE ..... 95 AUTRE ..... 96 SPECIFIER _____	
104	En quelle année avez-terminé cette formation?  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?	ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	En quelle année avez-vous commencé à travailler dans cette structure?	ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
106	Avez-vous reçu le vaccin contre l'hépatite B?  SI OUI, DEMANDEZ: Combien de doses avez-vous reçues jusqu'a présent?	OUI, UNE DOSE ..... 1 OUI, 2 DOSES ..... 2 OUI, 3 DOSES OU PLUS ..... 3 NON ..... 4	→ 108
107	Avez-vous été vacciné dans le cadre de votre travail dans cette structure?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
108	Etes-vous un directeur ou responsable de l'un ou l'autre service clinique?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## 2. FORMATION GÉNÉRALE / PALUDISME /MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

200	Tout d'abord, je voudrais vous poser des questions au sujet de quelques cours généraux de formation. Avez-vous reçu une <b>formation continue</b> (c.-à-d depuis que vous avez commencé à travailler) ou une <b>formation de mise à jour</b> sur l'un ou l'autre thème suivant? [LIRE LE THEME]  SI OUI, DEMANDEZ: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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	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?	1	2	3
02	Toute formation spécifique à la sécurité des injections?	1	2	3
03	Systèmes de Gestion de l'Information Sanitaire ou remplissage des rapports pour n'importe quel service ?	1	2	3
04	La confidentialité et le droit aux pratiques non-discriminatoires pour des personnes vivant avec le VIH/SIDA?	1	2	3

201	<b>VÉRIFIEZ A LA Q103 LA PROFESSION/LA QUALIFICATION DU PRESTATAIRE</b>		
	CODE 07 OU 08 (CAD., EN RAPPORT AVEC LABO) ENCERCLE <input type="checkbox"/>		700
	CODE 07 OU 08 <b>N'EST PAS</b> ENCERCLE <input type="checkbox"/>		
Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet des prestations que vous fournissez <b>personnellement</b> comme partie de <b>vosre fonction actuelle au sein de cette structure</b> et de toute <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> liée à ce sujet que vous avez reçue. Rappelez-vous que nous parlons de <b>services que vous fournissez dans le cadre de votre fonction actuelle au sein de cette structure.</b>			
202	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, fournissez-vous personnellement des services connus sous le nom de « <b>amis des jeunes</b> » 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 <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets s'adressant spécifiquement aux services réservés aux jeunes ou adolescents, services comme "amis des jeunes" ?  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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	

## PALUDISME

204	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et / ou traitez personnellement le palu?	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 du paludisme?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→207
206	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> axée sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2
02	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2
03	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIC RAPIDE DU PALUDISME	1	2
04	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2
06	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2
07	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2

## DIABÈTE

207	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement le <b>diabète</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
208	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> axée sur le diagnostic et/ou gestion du diabète?  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, 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 <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> axée sur le diagnostic et/ou gestion des maladies cardio-vasculaires?  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, 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 <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques?  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de <b>vaccination des enfants</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
301	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de <b>suivi de la croissance infantile</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
302	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de <b>soins curatifs aux enfants</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
303	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> en rapport avec la santé infantile ou les maladies de l'enfance?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 400	
304	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 INTEGEE DES MALADIES DE L'ENFANCE (PCIME)	1	2	3
03	DIAGNOSTIC DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3
04	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIC RAPIDE DU PALUDISME	1	2	3
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3
06	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	1	2	3
07	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DE LA DIARRHEE	1	2	3
08	CARENCE EN MICRONUTRIMENTS ET/OU EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL	1	2	3
09	ALLAITEMENT AU SEIN	1	2	3
10	SUPPLEMENTATION ALIMENTATION CHEZ LES NOURRISSONS	1	2	3
11	VIH/SIDA PEDIATRIQUE	1	2	3
12	ARV PEDIATRIQUE	1	2	3
13	AUTRE SUJET SUR LA SANTE INFANTILE (PRECISER) _____	1	2	3

## 4. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

400	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de <b>planification familiale</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
401	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets en rapport avec la planification familiale?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 500	
403	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 GENERAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	1	2	
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DE DIU	1	2	
03	INSERTION ET/OU RETRAIT D'IMPLANTS	1	2	
04	PRATIQUER LA VASECTOMIE	1	2	
05	PRATIQUER LA LIGATURE DES TROMPES	1	2	
06	GESTION CLINIQUE DES METHODES DE PF, Y COMPRIS LA GESTION DES EFFETS SECONDAIRES	1	2	
07	PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES FEMMES INFECTEES AU VIH	1	2	
08	AUTRE SUJET RELATIF A LA PF (SPECIFIER) _____	1	2	

## 5.SERVICES DE SANTE MATERNELLE

## CPN - SOINS POSTPARTUM -PTME

500	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services <b>de soins prénatals ou de soins postnatals</b> ?  SI OUI, INSISTEZ ET NOTEZ LESQUELS SERVICES SONT FOURNI	OUI, PRENATAL..... 1 OUI, POSTNATAL..... 2 OUI, LES DEUX..... 3 NON, AUCUN DES DEUX..... 4		
501	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets relatifs aux soins prénatals ou soins postnatals ?	OUI..... 1 NON..... 2	→503	
502	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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	Dépistage en CPN (ex.,la tension artérielle, glycosurie et protéinurie)?	1	2	3
02	Conseils en CPN (ex., nutrition, PF et soins du nouveau-né)?	1	2	3
03	Complications de la grossesse et leur prise en charge	1	2	3
04	L'évaluation nutritionnelle de la femme enceinte, comme le calcul de l'indice de masse corporelle et la mesure de la circonférence du bras à mi-hauteur?	1	2	3
503	Fournissez-vous <b>personnellement</b> 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 ARVs A LA MERE... D FOURNIR DES ARVs A L'ENFANT. E PAS DE SERVICES PTME..... Y		
504	Avez-vous reçu dans le cadre de la <b>formation continue</b> , une formation sur des sujets liés à santé maternelle et/ou du nouveau-né et le VIH/SIDA ?	OUI..... 1 NON..... 2	→506	
505	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	1	2	3
02	Conseils nutritionnels pour le nouveau-né né de mère avec VIH/SIDA ?	1	2	3
03	Alimentation des nourrissons et jeunes enfants	1	2	3
04	Pratiques des gestes obstétricaux actualisées en relation avec le VIH?	1	2	3
05	Traitement antirétroviral prophylactique pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2	3

## SERVICES D'ACCOUCHEMENT

506	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des <b>accouchements</b> ? Je veux dire faire de véritables délivrances de nouveau-nés?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 509	
507	Durant les 6 derniers mois, combien d'accouchements, approximativement, avez-vous conduit comme <b>principal prestataire (y inclure les accouchements effectués dans un cadre privé et dans cette structure)</b> ?	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
508	A quand remonte la dernière fois que vous avez utilisé un partogramme?	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 <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur sujets liés à l'accouchement?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 511	
510	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 vaginal?	1	2	3
04	Prise en Charge Active du Troisième Stade du Travail (GATPA)?	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 <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des soins aux nouveau-nés?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
512	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets liés aux soins des nouveau-nés?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 600	
513	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 <b>précoce et exclusif</b>	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	Soins Maternels 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 <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des IST?	YES. .... 1 NO. .... 2			
601	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets liés aux services IST?	YES. .... 1 NO. .... 2		→603	
602	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 des infections sexuellement transmissibles (IST)		1	2	3
02	La prise en charge syndromique des IST		1	2	3
03	La 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 <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> 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 de crachat ou de l'analyse	1	2	1	2	3
02	Diagnostic de la tuberculose basé sur les symptômes cliniques	1	2	1	2	3
03	Prescription de traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
04	Fourniture des services de suivi de traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
05	Utilisation de la stratégie traitement de courte durée sous surveillance directe (DOT)	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 multiresistante (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 <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> 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 12 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 <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, 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 structure	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 du paludisme	1	2	
702	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets liés aux différents tests de diagnostic que vous effectuez?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 800	
703	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> 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 du paludisme?	1	2	3

800	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de votre travail au sein de cette structure.  En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans cette structure? 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.	NOMBRE MOYEN D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE DANS CETTE STRUCTURE	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
801	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la supervision que vous avez personnellement reçue. Cette supervision peut être d'un superviseur de la structure sanitaire même ou de l'extérieur. Recevez-vous un appui technique ou une supervision dans votre travail?  SI OUI, DEMANDEZ : A quand remonte la dernière supervision ?	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	→ 804				
802	Combien de fois durant les six derniers mois votre travail a été supervisé ?	NOMBRE DE FOIS. ....	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
802	CHAQUE JOUR. .... '96						
803	La dernière fois que vous avez été personnellement supervisé, est-ce que votre superviseur a fait l'une des choses suivantes:		OUI	NON	NSP		
01	Vérifier vos registres ou rapports?	A VERIFIE REGISTRE	1	2	8		
02	Observer votre travail?	A OBSERVE TRAVAIL	1	2	8		
03	Donner n'importe quelle appréciation (positive ou négative) sur vos performances?	FEEDBACK	1	2	8		
			05 ←	05 →			
04	Donner une appréciation verbale disant que vous faites bien votre travail?	APPRECIATION VERBALE	1	2	8		
05	Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail?	A ACTUALISE	1	2	8		
06	Discuter des problèmes que vous avez rencontrés?	A DISCUTE DES PROBLEMES	1	2	8		
804	Avez-vous une description écrite des activités de votre travail actuel ou de votre position dans cette structure sanitaire? SI OUI, DEMANDEZ : Est-ce que je peux la voir ?	OUI, VUE ..... 1 OUI, RAPPORTEE, PAS VUE ..... 2 NON ..... 3					
805	Y a-t-il des occasions de promotion dans votre travail actuel?	OUI. .... 1 NON. .... 2 INCERTAIN/NE SAIT PAS. .... 8					
806	Quel(s) type(s) de supplément de salaire recevez-vous, si il y en a un?  INSISTEZ: Rien d'autres?	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					
807	Dans votre position actuelle, quels sont les encouragements non-matérielles avez-vous reçus pour le travail que vous effectuez, s'il y en a un?	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>	<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 LAISSEZ ALORS VIDES LA/LES CASE(S) RESTANTE(S). IL DOIT Y AVOIR AU MOINS UN ELEMENT SAISI.</p>	<table border="0"> <tr> <td>PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR . . . . .</td> <td>A</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS . . . . .</td> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLUS DE FOURNITURES/STOCK. . . . .</td> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE . . . . .</td> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MOINS DE CHARGE DE TRAVAIL (c.à.d. PLUS DE PERSONNEL). . . . .</td> <td>E</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL / HORAIRES FLEXIBLES. . . . .</td> <td>F</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLUS D'ENCOURAGEMENTS/ INCITATIONS (SALAIRE, PROMOTION, VACANCES). . . . .</td> <td>G</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRANSPORT POUR PATIENTS REFERES. . . . .</td> <td>H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FOURNIR DES ANTIRETROVIRAUX. . . . .</td> <td>I</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FOURNIR DE LA PROPHYLAXIE POSTEXPOSURE (PEP) . . . . .</td> <td>J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUGMENTER LA SECURITE. . . . .</td> <td>K</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEILLEURE INFRASTRUCTURE. . . . .</td> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE. . . . .</td> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES). . . . .</td> <td>N</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRES. . . . .</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR . . . . .	A				PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS . . . . .	B				PLUS DE FOURNITURES/STOCK. . . . .	C				ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE . . . . .	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 POSTEXPOSURE (PEP) . . . . .	J				AUGMENTER LA SECURITE. . . . .	K				MEILLEURE INFRASTRUCTURE. . . . .	L				PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE. . . . .	M				SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES). . . . .	N				AUTRES. . . . .	X			
PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR . . . . .	A																																																																												
PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS . . . . .	B																																																																												
PLUS DE FOURNITURES/STOCK. . . . .	C																																																																												
ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE . . . . .	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 POSTEXPOSURE (PEP) . . . . .	J																																																																												
AUGMENTER LA SECURITE. . . . .	K																																																																												
MEILLEURE INFRASTRUCTURE. . . . .	L																																																																												
PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE. . . . .	M																																																																												
SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES). . . . .	N																																																																												
AUTRES. . . . .	X																																																																												
REMERCIEZ LE PRESTATAIRE ET PASSEZ AU PROCHAIN ENDROIT DE COLLECTE DE DONNEES																																																																													



10/10/2012

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

## OBSERVATION DES SERVICES DE PLANNIFICATION FAMILIALE

### 1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

	TYPE QUESTIONNAIRE	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F
Nom de la structure:	_____	
Localisation de la structure:	_____	
NUMERO DE LA STRUCTURE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

### 2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE

Provider category: MEDECIN GENERALISTE.....01 MEDECIN SPECIALISTE .....02 TECHNICIEN SUPERIEUR.....03 INFIRMIER(E) [ Y COMPRIS INFIRMIER D'ETAT, BLOC ET ANESTHESIST]. . . . . 04 ASSISTANT INFIRMIER [Y COMPRIS AIDE INFIRMIER, AGENT SANITAIRE ET INFIRMIER DIPLOME D'ECOLE] . . . . . 05 SAGE-FEMME . . . . . 06 BIOLOGISTE / TECHNICIAN DE LABORATOIRE . . . . . 07 ASSISTANT TECHNICIAN DE LABORATOIRE . . . . . 08 QUALIFICATION NON-TECHNIQUE.....95 AUTRE _____ 96 SPECIFIEZ	PROVIDER CATEGORY	<input type="text"/> <input type="text"/>
SEXE DU PRESTATAIRE (Masculin =1 Feminin =2)	SEXE DU PRESTATAIRE	<input type="checkbox"/>
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE	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"/>
Code du client: .....	CODE DU CLIENT .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

#### 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><b>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, Je suis (.....). Je représente</b> le Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires 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. Cependant, les informations collectées pendant cette observation pourront être utilisées par le ministère de la Santé ou les organismes appuyant des services dans cette formation, en vue de l'amélioration des services de santé. Des informations de cette observation pourront aussi être fournies aux chercheurs pour des analyses; cependant, les informations seront fournies de telle manière que ni vous, ni le service, ni la cliente ne pourront être identifiés. Tous les rapports utilisant ces données présenteront l'information sous forme globale, ce qui constitue une garantie supplémentaire de confidentialité.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Sachez que si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gêné, vous pouvez me demander de partir.</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" style="margin: 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> <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="4" style="font-size: 8px;">ANNEE</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><b>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour, Je suis (.....). Je représente</b> l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) et le Ministère de la Santé. Nous faisons une enquête auprès des formations sanitaires. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, afin de mieux comprendre comment les soins sanitaires sont fournis.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer [L'INFIRMIERE/LE DOCTEUR/LE PRESTAIRE] ou le service en particulier, mais plutôt nous essayons d'avoir une image de la situation globale afin d'améliorer des services. Des informations de cette observation peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des prestations ne 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 complètement volontaire et si vous acceptez de participer ou pas n'affecteront pas les services que vous recevez. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je quitte, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue voudrait parler avec vous au sujet de votre expérience ici aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser ? Sachez que si, à un moment quelconque, vous vous sentez gênée par ma présence, vous pouvez me demander de partir. Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation ?</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 DÉBUT DE L'OBSERVATION :	<input type="text"/> : <input type="text"/>	
103	EST-CE LA PREMIÈRE 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 PATIENTE (POUR LES FEMMES SEULEMENT)**

105	INDIQUEZ, CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANÉMENT 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 PATIENT/DE LA PATIENTE (TOUS LES PATIENTS)**

106	INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LA CLIENTE ET HISTOIRE REPRODUCTIVE. INDIQUEZ CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANÉMENT 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-APRÈS OU A POSÉ L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS DE SANTÉ SUIVANTES.	
01	Prendre la pression sanguine de la cliente	A
02	Peser la cliente	B
03	Interroger la cliente au sujet du tabagisme	C
04	Interroger la cliente au sujet des symptômes relatifs aux IST (par exemple, écoulement anormal).	D
05	Interroger la cliente au sujet des maladies chroniques (maladie du cœur, diabète, hypertension, problème de foie ou d'ictère, cancer du sein).	E
05A	Interroger la cliente au sujet des médicaments qu'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-APRÈS 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

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

**QUESTIONS/PREOCUPATIONS**

109	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE OU LA PATIENTE ONT FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS	
01	Interroge la cliente au sujet de questions ou de soucis concernant les méthodes actuellement utilisées.	A
02	La patiente 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 LA CLIENTE DE L'INTIMITÉ.	
01	Assure l'intimité visuelle.	A
02	Assure l'intimité auditive.	B
03	Assure la cliente oralement de la confidentialité.	C
04	Aucun	Y

**METHODES PRESCRITES OU FOURNIES**

111	INDIQUEZ QUELLES MÉTHODES ONT ÉTÉ FOURNIES OU PRESCRITES PENDANT CETTE VISITE. SI DES CONDOMS ÉTAIENT PRESCRITS POUR L'USAGE AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENERCLEZ LES DEUX MÉTHODES. <b>VERIFIEZ LA METHODE AVEC LE PRESTATAIRE</b> [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, ENERCLEZ LA METHODE POUR LAQUELLE ELLE EST VENUE]		
	<b>METHODE</b>	(A)	(B)
		PRESCRIT	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	COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES	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



NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>POUR LA OU LES MÉTHODES DES QUESTIONS 112-129, INDIQUEZ SI LES INFORMATIONS APPROPRIÉES CI-DESSOUS RELATIVES AU COUNSELING ONT ÉTÉ ÉVALUÉES OU DISCUTÉES.</b>		
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	<b>PILULE OU INJECTABLES</b>	
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, spotting).	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 IST et le VIH	E
06	Doit retourner à la structure 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	<b>CONDOM</b>	
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 IST)	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	<b>DISPOSITIF INTRAUTERIN/STERILET (DIU)</b>	
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, spotting, ou de légères crampes abdominales).	C
04	Doit retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires persistent.	D
05	L'utilisatrice doit régulièrement vérifier le fil après chaque menstruation.	E
06	La méthode ne protège pas contre les IST 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	<b>IMPLANT</b>	
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

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
120	VERIFIEZ Q111: SI "J" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 122	
121	<b>CONTRACEPTION D'URGENCE</b>	
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 IST et le VIH	F
07	Aucun	Y
122	VERIFIEZ Q111: SI "K" OR "L" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI NON (ALLEZ A) → 124	
123	<b>RYTHME OU ABSTINENCE PERIODIQUE</b>	
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 IST et le VIH	C
04	Aucun	Y
124	VERIFIEZ Q111: SI "M" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 126	
125	<b>VASECTOMIE</b>	
01	La partenaire est protégée contre la grossesse après 3 mois	A
02	Utilisation d'une méthode de relais pour 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 la structure en cas de signes	E
06	La méthode ne protège pas contre les IST 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	<b>STERILISATION FEMININE</b>	
01	protège contre la grossesse immédiatement	A
02	Méthode qui est prévue d'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 la structure en cas de signes	D
05	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	E
06	Aucun	Y
128	VERIFIEZ Q111: SI "O" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 130	
129	<b>MAMA</b>	
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	Pas efficace 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

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

**ACTIONS ADDITIONNELLES DU PRESTATAIRE**

130	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS	
01	Regardé la carte de santé du/de la patient(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 patient(e)	B
03	Utilisé quelque aide visuelle pour l'éducation sanitaire ou des conseils sur les méthodes de PF.	C
04	Parlé de la visite prochaine	D
05	Aucun	Y

**CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE**

131	CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE A LA FIN DE LA CONSULTATION. VERIFIEZ LA CARTE DU PATIENT/DE LA PATIENTE OU LE REGISTRE SI NECESSAIRE.	
01	La patiente a t-elle déjà eu un contact avec un prestataire de PF dans cette structure?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
02	Est ce que cette patiente a déjà été enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PATIENT (HOMME) ..... 3 NSP ..... 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 FAIT L'EXAMEN CLINIQUE EST-IL CELUI QUI A FAIT LE COUNSELLING?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 206																
<p><b>A LIRE AU PRESTATAIRE:</b> Bonjour, je représente 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 d'accord et ne voit pas d'inconvénients à ma présence. Ainsi, observer tous les composants des services fournis à [Mme ____] nous aidera à mieux comprendre comment les services de santé 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>_____ Signature de l'Enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</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;"></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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">JOUR</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ANNEE</td> <td></td> </tr> </table>							2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE			
				2	0	1												
JOUR		MOIS		ANNEE														
203	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ REÇUE DU PRESTATAIRE.	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 301																

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
204	ENREGISTREZ LA FONCTION DU PRESTATAIRE AYANT EXECUTE LA MAJEURE PARTIE DE L'EXAMEN CLINIQUE.	MEDECIN GENERALISTE ..... 01 MEDECIN SPECIALISTE ..... 02 TECHNICIEN SUPERIEUR ..... 03 INFIRMIER(E) [Y COMPRIS INFIRMIER D'ETAT, BLOC ET ANESTHESISTE] ..... 04 ASSISTANT INFIRMIER [Y COMPRIS AIDE INFIRMIER, AGENT SANITAIRE, ET INFIRMIER DIPLOME D'ECOLE] ..... 05 SAGE-FEMME ..... 06 BIOLOGISTE / TECHNICIEN DE LABORATOIRE ..... 07 ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE ..... 08 QUALIFICATION NON-TECHNIQUE ..... 95 AUTRE ..... 96 (SPECIFIEZ)
205	ENREGISTREZ LE SEXE DU PRESTATAIRE CONDUISANT L'EXAMEN OU LE PROCEDURE CLINIQUE.	MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... 2

### 6. EXAMEN PELVIEN

206	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UN EXAMEN PELVIEN A ÉTÉ CONDUIT ?	OUI ..... 1 NON ..... 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 patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive de la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	Preparer les instruments avant la procédure	D
05	Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	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 relâcher 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 cervical en utilisant le spéculum et la lumière	E
06	Exécuter un examen bimanuel de l'utérus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPANT 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

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

### 7. INSERTION/RETRAIT DU DIU

210	VERIFIEZ Q201 : UN DIU A-T-IL ETE INSERE OU RETIRE ?	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 patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive de la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	D
05	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	G
08	Porter des gants en latex avant de commencer	H
09	Nettoyer le vagin et le col cervical 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 cervical 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 de ces 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 patiente 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

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

**INTERACTION PATIENTE-PRESTATAIRE**

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

**8. LES CONTRACEPTIVES INJECTABLES**

215	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UNE INJECTION CONTRACEPTIVE A ETE DONNEE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 220
-----	--	----------------------------	-------

**AVANT LA PROCEDURE**

216	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE	
01	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	A
02	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	B
03	<b>(ANCIENNE PATIENTE)</b> Vérifier la carte de la patiente pour s'assurer de donner l'injection à la date prévue.	C
04	Assurer l'intimité visuelle de la patiente	D
05	Assurer l'intimité auditive de la patiente	E
06	Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	F
07	Préparer 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	<b>(S'IL UTILISE DU MATERIEL JETABLE)</b> Utiliser une nouvelle seringue et une nouvelle aiguille d'un paquet stérile 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	Nettoyer et sécher à l'air libre le lieu de l'injection avant 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	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>APRES LA PROCEDURE</b>		
218	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	Dire a la cliente de ne pas masser l'endroit de l'injection.	B
03	Dire a la cliente quand revenir pour la prochaine injection	C
04	AUCUN	Y
219	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ETE FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR FORMATION 1 FOURNIES PAR CLIENTE . . . . 2 NE SAIS PAS . . . . . 8

### 9. INSERTION/RETRAIT D'IMPLANT

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

### AVANT LA PROCEDURE

221	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE	
01	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> Reconformer avec la patiente le choix de la méthode	A
02	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	B
03	Assurer l'intimité visuelle de la patiente	C
04	Assurer l'intimité auditive de la patiente	D
05	Expliquer les procédures avant de commencer	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	G
08	Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	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 seringue nouvelle ou stérilisé 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 patiente 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

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>INTERACTION PATIENTE-PRESTATAIRE</b>		
224	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS	
01	Patiente instruite que l'implant est efficace pendant 3-5 ans (NOMBRE D'ANNEE DEPEND DU TYPE DE L'IMPLANT)	A
02	Patiente instruite à propos des changements possibles du cycle mensuel et/ou autres effets secondaires.	B
03	Patiente instruite sur d'autres effets secondaires non menstruels telque des nausée augmentation du poids ou tension mammaire	C
04	Patiente instruite de retourner à la structure si les effets secondaires persistent	D
05	<b>(EN CAS DE RETRAIT):</b> Montrer à la patiente chaque capsule d'implant retiré en la rassurant que tout a été retiré.	E
06	Fournir à la patiente 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 ETE 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 LA CONSULTATION**

APRES 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 RECU AUJOURD'HUI CONTINUE AVEC METHODE ACTUELLE ..... 3 → 305 CHANGERA DE METHODE NON RECU 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)	ACCEPTÉ COMMENCER UNE METHODE ..... 1 N'A PAS CHOISI DE 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 METHODE	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 ECRIT OU NON SUR LA CARTE OU DANS LE CARNET INDIVIDUEL DE LA CLIENTE APRES 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"/>	
308	<b>Commentaires de l'Observateur:</b>		



05/15/2012

# MEASURE DHS - ÉVALUATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

## OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

### 1. Identification de la Structure Sanitaire

TYPE DE QUESTIONNAIRE		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> M
Nom de la Structure:	_____			
Localisation de la Structure:	_____			
NUMÉRO DE LA STRUCTURE .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

### 2. Information sur le Prestataire

<u>Catégorie de Prestataire:</u> MEDECIN GENERALISTE. .... 01 MEDECIN SPECIALISTE ..... 02 TECHNICIEN SUPERIEUR ..... 03 INFIRMIER(E) [Y COMPRIS INFIRMIER D'ETAT, BLOC, ANESTHESISTE] ..... 04 ASSISTANT INFIRMIER [Y COMPRIS AIDE INFIRMIER, AGENT SANITAIRE ET INFIRMIER DIPLOME D'ECOLE] ..... 05 SAGE-FEMME ..... 06 BIOLOGISTE / TECHNICIEN DE LABORATOIRE ..... 07 ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE ..... 08 QUALIFICATION NON-TECHNIQUE ..... 95 AUTRE ..... 96 (SPECIFIEZ)	CATÉGORIE PRESTATAIRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SEXE DU PRESTATAIRE: (1=Masculin; 2=Féminin)	SEXE DU PRESTATAIRE .....	<input type="checkbox"/>
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]	NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### 3. Information sur l'Observation

Date: .....	JOUR .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	MOIS .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ANNÉE .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 1 <input type="checkbox"/>
Nom de l'observateur: _____	CODE OBSERVATEUR .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Code du (de la) Client(e): .....	CODE CLIENT(e) .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### 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><b>A LIRE AU PRESTATAIRE:</b> Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente le <b>Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)</b>. Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires au Sénégal 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 le ministère de la Santé 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-top: 10px;"> <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; font-weight: bold;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; font-weight: bold;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; font-weight: bold;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="2">ANNEE</td> </tr> </table> </div> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquête a accepté volontairement de participer)</p>					2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE	
		2	0	1											
JOUR		MOIS		ANNEE											
100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN												
	<p><b>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR:</b> Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente le Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au Sénégal. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou la Structure 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 ne 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 consultation c'est de manière complètement volontaire. Que vous acceptiez de participer ou non, cela 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>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquête 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="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;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
103	EST-CE 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
<b>HISTOIRE DU CLIENT</b>		
105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ QUE L'ENFANT A EU L'UN OU L'AUTRE DES <b>SYMPTOMES PRINCIPAUX</b> 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 <b>SIGNES GÉNÉRAUX DE DANGER</b> SUIVANTS	
01	Enfant est incapable de boire ou de têter	A
02	Enfant vomit tout	B
03	Enfant a eu des convulsions avec cette maladie	C
03A	Enfant est léthargique ou inconscient	D
04	Aucun des signes ci-dessus	Y
107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ÉVALUÉ LES <b>SYMPTOMES</b> D'UNE SUSPICION D'UNE INFECTION <b>PAR LE VIH EN DEMANDANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSSES SUIVANTES:</b>	
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, qui dure 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 <b>EXAMENS PHYSIQUES CI-APRÈS SUR L'ENFANT MALADE</b>	
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 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'œdème	M
13A	Pris la taille de l'enfant	N
14	Pesé l'enfant	O
15	Reporté le poids sur le diagramme de croissance (la courbe de croissance)	P
15A	Comparé le poids de l'enfant au poids de référence	Q
16	Vérifié l'existence des ganglions lymphatiques dans 2 ou plusieurs des sites suivants: cou, les aisselles, l'aîne	R
17	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 <b>EN FAISANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES:</b>	
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 <b>alimentaires</b> ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	B
03	Interrogé sur les habitudes d' <b>allaitement</b> 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 le diagramme de croissance (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 <b>CE DOCUMENT PEUT ÊTRE UNE CARTE DE VACCINATION OU AUTRE CARTE DE SANTÉ</b>	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 la structure.	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 IMMEDIAT DES SYMPTOMES.	
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 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		
	ADMINISTRER LES SOINS D'URGENCE AVANT DE REFERER L'ENFANT		
01	RECOMMANDÉ QUE L'ENFANT SOIT HOSPITALISÉ URGEMMENT (C.À.D. ADMIS A L'HÔPITAL OU RÉFÉRÉ À UN AUTRE HÔPITAL)	A	
02	RÉFÉRÉ L'ENFANT À UN AUTRE PRESTATAIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE POUR D'AUTRES SOINS	B	
03	RÉFÉRÉ L'ENFANT POUR UN TEST EN LABORATOIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE OU EN DEHORS DE LA STRUCTURE	C	
04	EXPLIQUÉ LA RAISON DE LA RÉFÉRENCE	D	
05	A DONNÉ UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À L'ACCOMPAGNATEUR	E	
06	EXPLIQUÉ OÙ (OU CHEZ QUI) ALLER	F	
07	LE PRESTATAIRE A EXPLIQUÉ QUAND ALLER POUR LA RÉFÉRENCE	G	
08	RIEN DE CE QUI EST DIT 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- AIRE, MÊME STRUCTURE. . . . . 2 ENFANT ADMIS, MÊME STRUCTURE. . . . . 3 ENFANT ENVOYÉ AU LABO. . . . . 4 ENFANT RÉFÉRÉ À UNE AUTRE STRUCTURE. . . . . 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>		
<b>DIAGNOSTIC (OU SYMPTOME PRINCIPAL, SI AUCUN DIAGNOSTIC)</b>		
201	<b>DESHYDRATATION</b>	
	DESHYDRATATION SEVERE. . . . .	1
	DESHYDRATATION MODEREE. . . . .	2
	DESHYDRATATION LEGERE. . . . .	3
	AUCUN DES SYMPTOMES CI-DESSUS. . . . .	4
202	<b>SYSTEME RESPIRATOIRE</b>	
	PNEUMONIE / BRONCHO-PNEUMONIE . . . . .	A
	SPASME BRONCHIQUE/ASTHME. . . . .	B
	INFECTION RESPIRATOIRE SUPERIEURE (IRS). . . . .	C
	MALADIE RESPIRATOIRE, DIAGNOSTIC INCERTAIN. . . . .	D
	TOUX, DIAGNOSTIC INCERTAIN. . . . .	E
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	Y
203	<b>SYSTEME DIGESTIF / INTESTINAL</b>	
	DIARRHEE. . . . .	A
	DYSENTERIE (AUTRE QU' AMIBIASE). . . . .	B
	AMIBIASE. . . . .	C
	AUTRES DIAGNOSTICS DIGESTIFS / INTESTINAUX (PRECISEZ) _____	X
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	Y
204	<b>PALUDISME</b>	
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR SYMPTOMES). . . . .	1
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST MICROSC). . . . .	2
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST RAPID) . . . . .	3
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	4
205	<b>FIEVRE/ROUGEOLE</b>	
	FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE. . . . .	1
	ROUGEOLE PRESUMEE SANS COMPLICATIONS. . . . .	2
	ROUGEOLE PRESUMEE AVEC COMPLICATIONS (EX. BOUCHE / YEUX). . . . .	3
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	4
206	<b>L'OREILLE</b>	
	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
207	<b>LA GORGE</b>	
	DOULEUR DE LA GORGE . . . . .	1
	AUTRE DIAGNOSTIC POUR GORGE (SPECIFIEZ) _____	2
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	3
208	<b>AUTRE DIAGNOSTIC</b>	
	AUTRE DIAGNOSTIC (SPECIFIEZ) _____	1
	PAS D'AUTRE DIAGNOSTIC. . . . .	2

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	<b>TRAITEMENT GENERAL</b>	
01	INJECTION DE BENZATHINE 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	<b>RESPIRATOIRE</b>	
01	NEBULISEUR OU INHALATEUR	A
02	BRONCHODILATATEUR INJECTABLE (EX.ADRENALINE)	B
03	BRONCHODILATATEUR ORAL	C
04	OREILLE SECHEE PAR DES TIGES MONTEES (APPLICATEURS)	D
05	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y
212	<b>PALUDISME</b>	
01	QUININE INJECTABLE	A
02	ARTHEMETER/ARTESUNATE INJECTABLE	B
03	AUTRE ANTIPALUDIQUE INJECTABLES (FANSIDAR)	C
04	ARTHEMATER/ARTESUNATE EN SUPPOSITOIRE	D
05	ACT ORAL (COARTEM)	E
06	ARTHEMETER/ARTESUNALE ORAL	F
07	AMODIAQUINE ORALE	G
08	FANSIDAR ORALE (SP)	H
09	QUININE ORALE	G
10	AUTRE ANTIPALUDIQUE ORAL	H
11	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
213	<b>DESHYDRATATION</b>	
01	SRO MAISON (PLAN A)	A
02	SRO INITIAL DANS LA STRUCTURE (4 HEURES - PLAN B)	B
03	SERUMS INTRAVEINEUX (PLAN C)	C
04	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y
214	<b>AUTRE TRAITEMENT &amp; CONSEILS</b>	
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 structure pour cette maladie, ou est-ce une visite de suivi?	PREMIÈRE VISITE ..... 1 SUIVI ..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
216	Avez-vous <b>vacciné</b> l'enfant au cours de cette visite ou référé l'enfant pour la <b>vaccination</b> 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"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Commentaires de l'Observateur:</b>			



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

**INTERVIEW DE SORTIE DE LA PATIENTE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**

**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE**

Nom de la Structure Sanitaire: \_\_\_\_\_

Localisation de la Structure Sanitaire: \_\_\_\_\_

NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE: .....

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE: .....

--	--

**INFORMATION SUR L'INTERVIEW**

DATE: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

JOUR .....

MOIS .....

ANNEE: .....

<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	

CODE DE L'ENQUETEUR: .....

--	--

CODE DU PATIENT: .....

--	--	--

# 1. Informations Sur la Visite - PLANIFICATION FAMILIALE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
	<p><b>LIRE AU PATIENT: Bonjour, je suis _____ . Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons l'Agence Nationale de la Statistique et de la Demographie (ANSD) et le Ministère de la Santé.</b>            Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des structures sanitaires dans notre pays. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre expérience en rapport aux services qui vous a été offerts aujourd'hui.</p> <p>Veuillez savoir que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'entrevue à tout moment.</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. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'entrevue et que je quitte le service, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission de 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></td> <td><b>2</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>1</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td colspan="2">ANNEE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		JOUR	MOIS	ANNEE						
				<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>													
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 REPODANT	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 utilisez ? SI DES CONDOMS ÉTAIENT UTILISES 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 COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . . 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	<b>Le prestataire</b> vous a-t-il demandé aujourd'hui si vous aviez (ou avez eu) un problème avec la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
107	<b>Avez-vous</b> eu un problème avec la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 110
107A	Quels sont les problèmes que vous avez eu avec la méthode?  INSISTER: Quel autre problème?  ENCERCLEZ TOUT CE QUE LA PERSONNE MENTIONNE	NAUSEE ..... A CEPHALEE ..... B SPOTTING ..... C METRORRAGIE ..... D AMENORRHEE ..... E CRAMPES ..... F HYPERMENORRHEE ..... G INFECTION ..... H REJET ..... I OUBLI ..... J AUTRE ..... X <u>PRECISER</u>	
108	<b>Avez-vous</b> fait mention de ce problème au prestataire pendant la consultation?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
109	Le prestataire vous a-t-il suggéré des actions que vous devriez 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 METH. .... 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 que vous ne veniez ici aujourd'hui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 115
113	Quelle était 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 COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . . K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) . . . . . L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) . . M STERILISATION FEMININE ( LIGATURE DES TROMPES). . . . . N ALLAITEMENT/MAMA. .... O AUTRE ..... X <u>(SPECIFIER)</u>	

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 COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . . K 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 reçu ou pour laquelle avez-vous obtenu une prescription ou une référence ?  ENCERCLEZ TOUTES LES MÉTHODES QUE LA CLIENTE A REÇU (REC) OU POUR LESQUELLES ELLE A EU UNE PRESCRIPTION OU UNE RÉFÉRENCE (PRES).  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 PILLULE OU D'INJECTION	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>PRES</u></th> <th><u>REC</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PILULE COMBINEE.....</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr><td>PILULE PROGEST. SEULE.....</td><td>B</td><td>B</td></tr> <tr><td>PIL. (TYPE NON SPECIFIE).....</td><td>C</td><td>C</td></tr> <tr><td>INJ. NORIGYNON (1M).....</td><td>D</td><td>D</td></tr> <tr><td>INJ. DEPO PROVERA (2-3M).....</td><td>E</td><td>E</td></tr> <tr><td>CONDOM MASCULIN.....</td><td>F</td><td>F</td></tr> <tr><td>CONDOM FEMININ.....</td><td>G</td><td>G</td></tr> <tr><td>DIU.....</td><td>H</td><td>H</td></tr> <tr><td>IMPLANT.....</td><td>I</td><td>I</td></tr> <tr><td>CONTRACEPTION D'URGENCE. ....</td><td>J</td><td>J</td></tr> <tr><td>COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . .</td><td>K</td><td>K</td></tr> <tr><td>METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE).....</td><td>L</td><td>L</td></tr> <tr><td>STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) . .</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>STERILISATION FEMININE ( LIGATURE DES TROMPES).....</td><td>N</td><td>N</td></tr> <tr><td>ALLAITEMENT/MAMA. ....</td><td>O</td><td>O</td></tr> <tr><td>AUTRE _____</td><td>X</td><td>X</td></tr> <tr><td>(SPECIFIER)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONTINUATION DE LA METHODE DANS Q105. .</td><td>Y</td><td>Y</td></tr> <tr><td>PAS DE METHODE.....</td><td>Z</td><td>Z</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">↓ 201</p> <p><b>[PASSEZ A 201 SI LES DEUX "Z" SONT ENCERCLES, CAD NI METHODE RECUE NI PRESCRITE] AUTREMENT CONTINUEZ A Q117</b></p>		<u>PRES</u>	<u>REC</u>	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	COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . .	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	
	<u>PRES</u>	<u>REC</u>																																																													
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																																																													
COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . .	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																																																													
117	Pendant votre consultation, le prestataire a-t-il :	OUI    NON    NSP																																																													
01	Expliqué comment utiliser la méthode?	COMMENT UTULISER    1    2    8																																																													
02	Parlé d'effets secondaires possibles?	PARLE EFF. SECOND.    1    2    8																																																													
03	Dit que faire si vous aviez des problèmes ?	QUE FAIRE PROBLEME    1    2    8																																																													
04	Dit quand 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 protection 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 CERVICAL B 12 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 risque léger]	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 apparution des regles?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	
119	Votre méthode protège-t-elle contre des 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	Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivé 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"/> VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NSP .....998	
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>		
		PAS DE PROB- LEME NSP	
		<u>GRAND</u> <u>PETIT</u> <u>LEME</u> <u>NSP</u>	
01	Le temps d'attente	1   2   3   8	
02	La Capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant n'importe quelle méthode de PF 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 concernant la PF.	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 ou des méthodes de planification familiale 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 de la struture .	1   2   3   8	
09	La propreté de l'établissement	1   2   3   8	
10	Le comportement du personnel à 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 ou tout autre établissement?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	
204	Vous a-t-on demandé de payer , ou avez-vous payé une certaine somme pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 206

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements 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"/> NSP ..... 999998	
206	Est-ce que c'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.	LES HEURES D'OPERATION INCONVENIENTES 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 structure aujourd'hui.  LIRE TOUTES LES AFFIRMATIONS, CHOISIR UNE SEULE  01) JE SUIS <b>TRES</b> SATISFAITE DES SERVICES RECUS ..... 1 02) JE SUIS <b>PLUS OU MOINS</b> SATISFAITE DES SERVICES RECUS ..... 2 03) JE <b>NE SUIS PAS</b> SATISFAITE DES SERVICES RECUS ..... 3		
210	Pouvez-vous recommander cette structure 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
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.			
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. . . 4 UNIVERSITAIRE. .... 5	→ 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"/>	
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 !			
<b>Commentaires de l'enquêteur:</b>			



# MEASURE DHS - EVALUATION DES PRESTATIONS DE SERVICES

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

### 1. Identification de la Formation Sanitaire

Nom de la structure 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 la structure sanitaire: _____							
NUMERO DE LA STRUCTURE 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></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></tr></table>				
	CODE DU (DE LA) CLIENT(E).....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

3. Informations sur la Visite																
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A													
	<p><b>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR:</b> Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons le ministère de la santé et l'agence nationale des statistiques. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires. 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 recevez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'entrevue à tout moment.</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. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'entrevue et que je quitte le service, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission de 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> </tr> <tr> <td>JOUR</td><td>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?	CLIENT ACCEPTE ..... 1 CLIENT REFUSE ..... 2	→ FIN													
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW.....	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>														
102	Quel est le nom de l'enfant malade?	NOM _____														
<b>AGE DE L'ENFANT</b>																
103	En quel mois et quelle année est né [NOM]?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS..... 98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ANNEE..... 9998														
104	Quel est l'âge de [NOM] en mois (révolus)?	AGE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS..... 98														
<b>SIGNES ET SYMPTOMES DE LA MALADIE ACTUELLE</b>																
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 eu 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 teter?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8														
109	[NOM] a-t-il(elle) tout vomi après avoir mangé ou tété 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 très abondantes au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux derniers jours?	OUI NON NSP	1 2 8		
111	[NOM] dort-il(elle) trop au cours de cette maladie?	OUI NON NSP	1 2 8		
112	Pour quelle autre raison avez-vous amené [NOM] dans cette structure de santé aujourd'hui?  INSISTEZ : QUOI D'AUTRE  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PROBLEMES AUX OREILLES AFFECTION DE LA PEAU BLESSURE AUTRES _____ SPECIFIER  PAS D'AUTRE RAISON	A B C X  Y		
113	[NOM] a-t-il(elle) déjà été(e) amené(e) dans cette structure avant cette maladie?  SI OUI, DEMANDEZ  Quand avez-vous amené [NOM] dans cette structure pour la dernière fois avant cette maladie?	AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE AU COURS DES 2-4 SEMAINES PASSEES  IL Y A PLUS DE 4 SEMAINES NON NSP	1 2 3 4 5		
114	Depuis combien de jours la maladie pour laquelle vous avez amené [NOM] aujourd'hui a commencé?  SI MOINS D'UN JOUR, METTEZ 00	NBRE JOUR  NSP	<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>  98		
<b>INFORMATION FOURNIE A L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT</b>					
115	Est-ce que le prestataire vous a dit de quelle maladie souffrait [NOM]?	OUI NON NSP	1 2 3		
116	Que feriez vous si [NOM] ne guerrit pas ou son état s'aggrave.	RETOURNER A LA STRUCTURE ALLER A L'AUTRE STRUCTURE ALLER CHEZ UN AUTRE PRESTA TAIRE OU PHARMACIE ALLER CHEZ LE GUERRISSEUR TRADITIONNEL RIEN, ATTENDRE SEULEMENT NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 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 SYMPTOME ENUMERE SI L'ACCOMPAGNATEUR COMPREND QUE L'ENFANT DEVRAIT ETRE RAMENE SI LE SYMPTOME NE DISPARAIT PAS OU L'ETAT S'AGGRAVE.	FIEVRE..... PROBLEMES RESPIRATION..... DEVIENT PLUS MALADE..... SANG DANS LES SELLES..... VOMISSEMENT..... FAIBLE/NE MANGE PAS..... FAIBLE/NE BOIT PAS..... AUTRE _____ (SPECIFIER) NON, AUCUN..... NE SAIT PAS.....	A B C D E F G X  Y Z		
118	Le prestataire vous a-t-il dit quelque chose sur le fait qu'il faut ramener [NOM] de nouveau à la structure sanitaire pour le suivi ou s'il n'y a pas d'urgence ?  SI OUI: Pourquoi devriez-vous revenir ?	PLUS DE MEDICAMENTS..... SI SYMPTOMES OU L'ETAT S'AGGRAVE..... RENDEZ-VOUS DE SUIVI..... SUPPLEMENTATION EN VIT A RESULTAT LABORATOIRE ENFANT ADMIS..... VACCINATION ROUTINIERE..... AUTRE _____ (SPECIFIER) NON..... NE SAIT PAS.....	A B C D E F G X  Y Z		

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
<b>TRAITEMENT ET APTITUDE DE L'ACCOMPAGNATEUR A SUIVRE LES INSTRUCTIONS</b>			
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 la formation 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, <b>combien</b> vous allez donner à [NOM] de <b>chacun</b> 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	
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	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
130	Est-ce que [Nom] a-t-il été vacciné aujourd'hui?  SI OUI, DEMANDEZ A VOIR LA CARTE DE VACCINATION (OU CARNET) DE L'ENFANT INDIQUEZ SI LA CARTE PROUVE QUE L'ENFANT A ÉTÉ VACCINÉ AUJOURD'HUI.	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU 2 NON 3 NE SAIT PAS..... 8	
<b>REFERENCE</b>			
131	Est-ce que le prestataire vous a demandé d'amener [NOM] auprès d'un prestataire de santé ou dans un laboratoire pour un prélèvement au doigt ou au talon?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134
132	Avez-vous amené [NOM] auprès d'un prestataire de santé ou dans un laboratoire pour un prélèvement au doigt ou au talon?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134
133	Vous a-t-on donné les résultats des tests faits?	OUI..... 1 NON..... 2	
134	Est-ce que le prestataire vous a dit d'aller à une autre structure 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	
05	Avez-vous l'intention d'y aller	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 STRUCTURE ..... A OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS UNE AUTRE STRUCTURE..... B OUI, GUERISSEUR TRADITIO..... C NON..... Y	

## 2. Satisfaction de l'accompagnateur

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 de l'Enfant Malade.</p>			
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"/>  VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NSP .....998	
202	Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clients 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.		
		PAS DE PROB- LEME NSP	
		<u>GRAND</u> <u>PETIT</u> <u>LEME</u> <u>NSP</u>	
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 voient L'enfant 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 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?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
204	Vous a-t-on demandé de payer, ou avez-vous payé une certaine somme pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206

205	Quel est le montant total que vous avez payé 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"/> NSP ..... 999998	
206	Est-ce que cette structure 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 allé à l'établissement le plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDER POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	LES HEURES D'OPERATION INCONVENIENTES 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 ETE REFERRE ..... 07 AUTRE..... 96 NSP ..... 98	
208	En general, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services recus ou forunis dans cette structure aujourd'hui.  LIRE TOUTES LES AFFIRMATIONS, ET EN CHOISIR UNE SEULE  01) JE SUIS <b>TRES</b> SATISFAITE DES SERVICES RECUS ..... 1 02) JE SUIS <b>PLUS OU MOINS</b> SATISFAITE DES SERVICES RECUS ..... 2 03) JE <b>NE SUIS PAS</b> SATISFAITE DES SERVICES RECUS ..... 3		
209	Pouvez-vous recommander cette structure de santé à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	





**LISTE DU PERSONNEL**

CODE STRUCTURE

CODE ENQUETEUR

LISTEZ TOUS LES PERSONNELS DE SANTE / PRESTATAIRES PRESENTS AUJOURD'HUI DANS LA STRUCTURE. COMPLEZ CETTE LISTE AU FUR ET A MESURE QUE L'EQUIPE SE DEPLACE D'UN SERVICE OU DEPARTEMENT A UN AUTRE OBTENANT LES INFORMATIONS SUR LES SERVICES QUE CETTE STRUCTURE FOURNIS OU POULESQUELES LES SECTIONS D'INVENTAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE REMPLIS. ET/OU POUR LESQUELS LES OBSERVATIONS CLIENT-PRESTATAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE COMPLETEES. INSCRIRE LE CODE DE QUALIFICATION (PROFIL) DU PRESTATAIRE DE SANTE DANS LA COLONNE APPROPRIEE. AUSSI MARQUEZ DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDICUER LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDICUER SI LE PRESTATAIRE A ETE INTERVIEWE POUR UNE SECTION QUELCONQUE DE L'INVENTAIRE, ET/OU SI LE PRESTATAIRE A ETE CHOISI ET INTERVIEWE AVEC LE QUESTIONNAIRE INTERVIEW DU PRESTATAIRE.

NUMERO SERIAL PRESTATAIRE	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIAUX	CODE ET QUALIF'N PRESTATAIRE	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE										INTERVIEWE						
			PRESCRIT TAR	COUNSELING ET TEST DU VIH	RELATIF AU VIH/SIDA	DIAGNOSTIC/TRAITEMENT			CPN	PTME TCV	ACCOCHEMENT	PLANNING FAMILIA	SANTE INFANTILE	PETITE CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE		
																	OUI	OUI	
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
01	MEDECIN GENERALISTE		10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE													19	ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE	
02	CHIRURGIEN GENERALISTE		11	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE														20	BIOLOGISTE
03	MEDECIN SPECIALISTE		12	TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTAMOLOGIE														21	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE		13	TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE														22	MATRONE
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE		14	INFRMIER(E)														23	RELAIS
06	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE		15	ASSISTANT INFIRMIER														24	AUTRES AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION		16	SAGE-FEMME															
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGERIE MEDICALE		17	PHARMACIEN															
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE		18	TECHNICIEN DE PHARMACIE															

## LISTE DU PERSONNEL

--	--	--	--

CODE STRUCTURE

--	--	--	--

CODE ENQUETEUR

LISTEZ TOUS LES PERSONNELS DE SANTE / PRESTATAIRES PRESENTS AUJOURD'HUI DANS LA STRUCTURE. COMPILEZ CETTE LISTE AU FUR ET A MESURE QUE L'EQUIPE SE DEPLACE D'UN SERVICE OU DEPARTEMENT A UN AUTRE OBTENANT LES INFORMATIONS SUR LES SERVICES QUE CETTE STRUCTURE FOURNIS OU POULESQUE LES SECTIONS D'INVENTAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE REMPLIS, ET/OU POUR LESQUELS LES OBSERVATIONS CLIENT-PRESTATAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE COMPLETEES. INSCRIRE LE CODE DE QUALIFICATION (PROFIL) DU PRESTATAIRE DE SANTE DANS LA COLONNE APPROPRIEE. AUSSI MARQUEZ DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDIQUER LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDIQUER SI LE PRESTATAIRE A ETE INTERVIEWE POUR UNE SECTION QUELCONQUE DE L'INVENTAIRE; ET/OU SI LE PRESTATAIRE A ETE CHOISI ET INTERVIEWE AVEC LE QUESTIONNAIRE

NUMERO SERIAL RESTATAIF	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIAUX	CODE ET QUALIF/N PRESTATAIRE	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE										INTERVIEWE									
			PRESCRIT TAR	COUNSELING ET TEST DU VIH	RELATIF AU VIH/SIDA	PALUDISME	Tb	IST	MALADIES NON TRANSMISSIBLES	CPN	PTME TCV	ACCOCHEMENT	PLANNING FAMILIA	SANTE INFANTILE	PETITE CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE OUI OUI				
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						
32																						
33																						
34																						
35																						
01	MEDECIN GENERALISTE																		19	ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE		
02	CHIRURGIEN GENERALISTE																			20	BIOLOGISTE	
03	MEDECIN SPECIALISTE																				21	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE																				22	MATRONE
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE																				23	RELAIS
06	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE																				24	AUTRES AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION																					
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGERIE MEDICALE																					
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE																					
10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE																					
11	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE																					
12	TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTALMOLOGIE																					
13	TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE																					
14	INFRMIER(E)																					
15	ASSISTANT INFIRMIER																					
16	SAGE-FEMME																					
17	PHARMACIEN																					
18	TECHNICIEN DE PHARMACIE																					

**LISTE DU PERSONNEL**

--	--	--	--

CODE STRUCTURE

--	--

CODE ENQUETEUR

LISTEZ TOUS LES PERSONNELS DE SANTE / PRESTATAIRES PRESENTS AUJOURD'HUI DANS LA STRUCTURE. COMPLEZ CETTE LISTE AU FUR ET A MESURE QUE L'EQUIPE SE DEPLACE D'UN SERVICE OU DEPARTEMENT A UN AUTRE OBTENANT LES INFORMATIONS SUR LES SERVICES QUE CETTE STRUCTURE FOURNIS OU POULESQUELES LES SECTIONS D'INVENTAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE REMPLIS. ET/OU POUR LESQUELS LES OBSERVATIONS CLIENT-PRESTATAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE COMPLETEES. INSCRIRE LE CODE DE QUALIFICATION (PROFIL) DU PRESTATAIRE DE SANTE DANS LA COLONNE APPROPRIEE. AUSSI MARQUEZ DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDIQUER LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDIQUER SI LE PRESTATAIRE A ETE INTERVIEWE POUR UNE SECTION QUELCONQUE DE L'INVENTAIRE, ET/OU SI LE PRESTATAIRE A ETE CHOISI ET INTERVIEWE AVEC LE QUESTIONNAIRE INTERVIEW DU PRESTATAIRE.

NUMERO SERIAL PRESTATAIRE	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIAUX	CODE ET QUALIF'N PRESTATAIRE	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE										INTERVIEWE						
			PRESCRIT TAR	COUNSELING ET TEST DU VIH	RELATIF AU VIH/SIDA	DIAGNOSTIC/TRAITEMENT			CPN	PTME TCV	ACCOCHEMENT	PLANNING FAMILIAL	SANTE INFANTILE	PETITE CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE		
																	OUI	OUI	
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			
49																			
50																			
51																			
52																			
53																			
54																			
55																			
01	MEDECIN GENERALISTE																		
02	CHIRURGIEN GENERALISTE																		
03	MEDECIN SPECIALISTE																		
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE																		
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE																		
06	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE																		
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION																		
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGERIE MEDICALE																		
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE																		
10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE																		
11	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE																		
12	TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPTAMOLOGIE																		
13	TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE																		
14	INFIRMIER(E)																		
15	ASSISTANT INFIRMIER																		
16	SAGE-FEMME																		
17	PHARMACIEN																		
18	TECHNICIEN DE PHARMACIE																		
19	ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE																		
20	BIOLOGISTE																		
21	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE																		
22	MATRONE																		
23	RELAIS																		
24	AUTRES AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE																		
96	AUTRE																		

**LISTE DU PERSONNEL**

CODE STRUCTURE


CODE ENQUETEUR


LISTEZ TOUS LES PERSONNELS DE SANTE / PRESTATAIRES PRESENTS AUJOURD'HUI DANS LA STRUCTURE. COMPLEZ CETTE LISTE AU FUR ET A MESURE QUE L'EQUIPE SE DEPLACE D'UN SERVICE OU DEPARTEMENT A UN AUTRE OBTENANT LES INFORMATIONS SUR LES SERVICES QUE CETTE STRUCTURE FOURNIS OU POULESQUELES LES SECTIONS D'INVENTAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE REMPLIS. ET/OU POUR LESQUELS LES OBSERVATIONS CLIENT-PRESTATAIRE SONT EN TRAIN D'ETRE COMPLETEES. INSCRIRE LE CODE DE QUALIFICATION (PROFIL) DU PRESTATAIRE DE SANTE DANS LA COLONNE APPROPRIEE. AUSSI MARQUEZ DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDIQUER LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDIQUER SI LE PRESTATAIRE A ETE INTERVIEWE POUR UNE SECTION QUELCONQUE DE L'INVENTAIRE, ET/OU SI LE PRESTATAIRE A ETE CHOISI ET INTERVIEWE AVEC LE QUESTIONNAIRE

NUMERO SERIAL PRESTATAIRE	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIAUX	CODE ET QUALIF'N PRESTATAIRE	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE										INTERVIEWE								
			PRESCRIT TAR	COUNSELING ET TEST DU VIH	RELATIF AU VIH/SIDA	PALUDISME	TB	IST	MALADIES NON TRANSMISSIBLES	CPN	PTME TCV	ACCOCHEMENT	PLANNING FAMILIAL	SANTE INFANTILE	PETITE CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE	OUI	OUI	
56																					
57																					
58																					
59																					
60																					
61																					
62																					
63																					
64																					
65																					
66																					
67																					
68																					
69																					
70																					
71																					
72																					
73																					
74																					
75																					

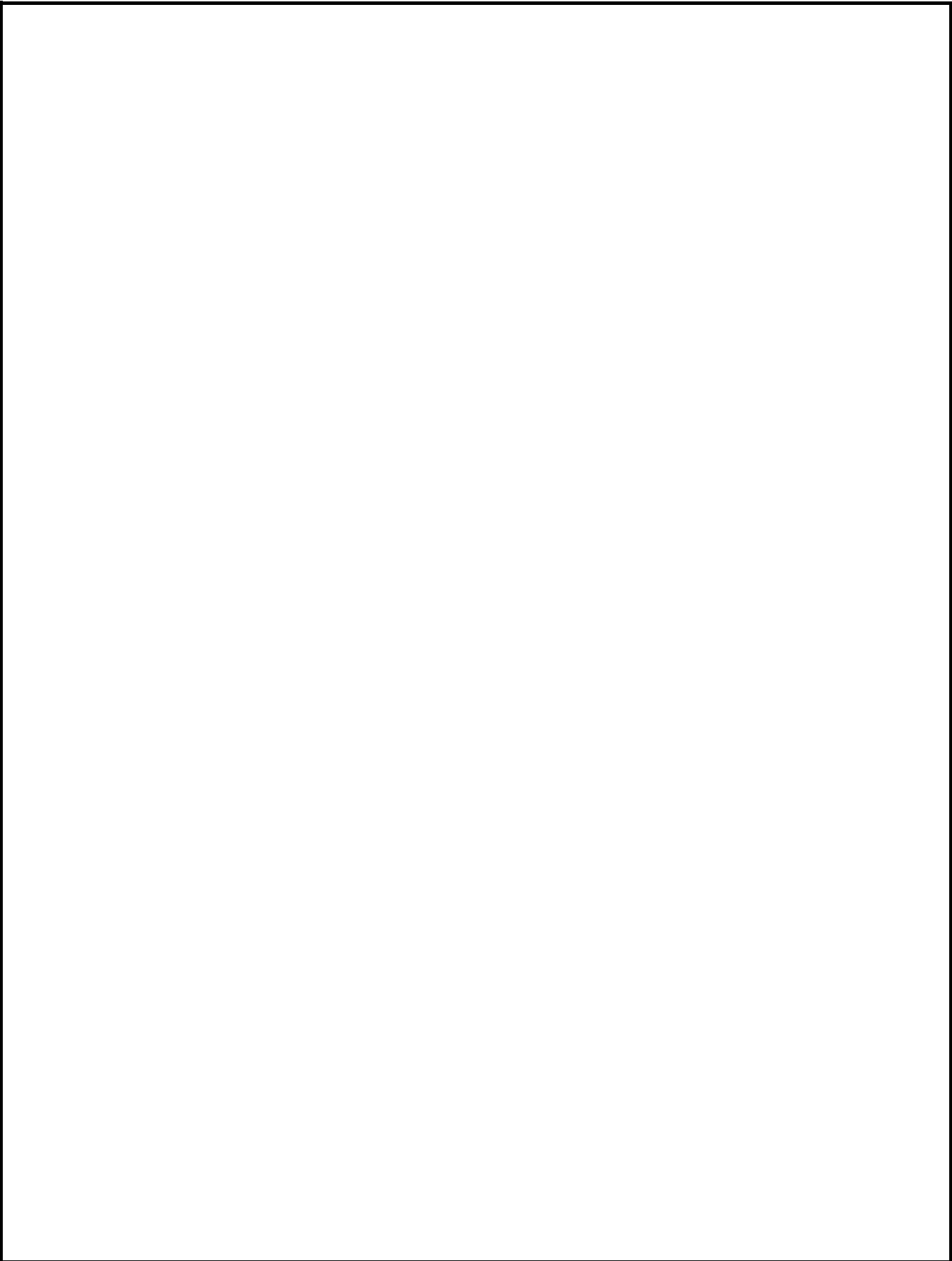
01	MEDECIN GENERALISTE	10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE	19	ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE
02	CHIRURGIEN GENERALISTE	11	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE	20	BIOLOGISTE
03	MEDECIN SPECIALISTE	12	TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPTAMOLOGIE	21	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	13	TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE	22	MATRONE
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE	14	INFRMIER(E)	23	RELAIS
06	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE	15	ASSISTANT INFIRMIER	24	AUTRES AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION	16	SAGE-FEMME		
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGERIE MEDICALE	17	PHARMACIEN		
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE	18	TECHNICIEN DE PHARMACIE		

# MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

DRAFT DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INVENTAIRE POUR CASE DE SANTE



# IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTÉ

001	NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE _____	
002	LOCALISATION DE LA STRUCTURE (COMMUNE/COMMUNAUTE RURALE) _____	
003	REGION/PROVINCE . . . . .	□ □
004	DISTRICT SANITAIRE . . . . .	□ □ □
005	CODE DE LA STRUCTURE . . . . .	□ □ □ □ □
006	TYPE STRUCTURE SANITAIRE	
	HÔPITAL . . . . .	01
	CENTRE DE SANTE . . . . .	02
	POSTE DE SANTE . . . . .	03
	CASE DE SANTE . . . . .	04
007	STATUT DE LA STRUCTURE SANITAIRE (Polirisant: responsabe de la case)	
	PUBLIQUE . . . . .	1
	ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF . . . . .	2
	PRIVE . . . . .	3
	PRIVE CONFESIONNEL . . . . .	4
008	URBAIN/RURAL	
	URBAIN . . . . .	1
	RURAL . . . . .	2

## VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNEE
NOM DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUÊTEUR
RESULTAT	_____	_____	_____	RESULTAT

CODES RESULTAT (VISITE FINALE):  
 1 : REMPLI POUR LA STRUCTURE  
 2 : REpondant NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE  
 3 : DIFFERE  
 4 : REFUS DE LA STRUCTURE  
 5- PARTIELLEMENT REMPLI  
 6 : AUTRE \_\_\_\_\_  
 (SPECIFIER)

## NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS SELECTIONNEES DANS LES REGISTRES DERNIER 30 JOURS

NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES. . . . .	□ □
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS DE SUIVI PROMOTION DE L'ENFANT . . . . .	□ □
NOMBRE TOTAL CONSULTATIONS EN PF. . . . .	□ □
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS ENFANTS MALADES. . . . .	□ □
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS DE SUIVI POST NATAL. . . . .	□ □

# COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

**POSITIONNER LE GPS**

- POSITIONNER LES DONNEES SUR LA LATITUDE ET LA LONGITUDE
- POSITIONNER EN DEGRE DECIMAL
- POSITIONNER LES DONNEES SUR WGS84

**SE POSITIONNER A L'ENTREE DE LA STRUCTURE SANITAIRE EN AYANT UNE VUE DEGAGEE DU CIEL**

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "ENTRER"
- 7 ALLER AU MENU PRINCIPAL, SELECTIONNER "WAYPOINT LIST" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 8 SELECTIONNER VOTRE WAYPOINT
- 9 COPIER LES INFORMATIONS A PARTIR DE LA PAGE WAYPOINT
- 10 PRENDRE L'ALTITUDE

ASSUREZ-VOUS DE COPIER LE NOM DU WAYPOINT A PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DU WAYPOINT POUR VE  
QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE SUR LE WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

<p>010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)</p> <p>011 HAUTEUR</p> <p>012 LATITUDE</p>	<p>NOM WAYPOINT <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>HAUTEUR ..... <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>N/S ..... a</p> <p>DEGRES/DECIM b <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>013 LONGITUDE</p>	<p>E/O ..... a</p> <p>DEGREES/DECIM b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/></p>



# CONSENTEMENT

IDENTIFIER LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE DE SANTE OU L'AGENT DE SANTE EN CHARGE DES SERVICES ET AYANT LE GRADE LE PLUS ELEVE QUI EST PRESENT DANS LA STRUCTURE.  
LIRE LA PRESENTATION SUIVANTE:

Bonjour! Mon nom est \_\_\_\_\_. Je représente le ministère de la santé et l'agence nationale des statistiques. Nous menons une étude sur les structures de santé, pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations de services de santé au Sénégal.

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

Votre structure 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 structure pourront être utilisées par le Ministère de Santé, les institutions qui soutiennent les services de santé de votre structure, et 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 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="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10px; text-align: center;">:</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </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 DES ACTIVITES REALISEES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. EXPLIQUEZ AUSSI QUE VOUS AUREZ BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE REUNIONS ET ACTIVITES. ET QU'IL SERA IMPORTANT DE CONSULTER TOUS LES RAPPORTS DES REUNIONS ET DES ACTIVITES. SOLICITEZ LES RAPPORTS S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE SUR 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

# MODULE 1: INFORMATIONS GENERALES - DISPONIBILITE DES SERVICES

## SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES

(la case peut servir de ponit de prestation pour la stratégie fixe, avancée et mobile selon le type d'intervention)

102	Est-ce que votre structure 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: Services de sante peuvent etre offerts par strategie fixe ou avancee ou mobile	OUI	NON	FAIT
01	Services de vaccination infantile, soit dans la structure ou dans la communauté (strategies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
02	Services de suivi de la croissance, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
03	Services de soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
04	Un quelconque service de planning familial, - 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) (strategies avancees)	1	2	<input type="checkbox"/>
06	Services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) (Strategies avancées)	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 du paludisme	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 de Suivi communautaire de la TBC	1	2	<input type="checkbox"/>
11	Services de counseling et de dépistage du VIH (Strategie avancee)	1	2	<input type="checkbox"/>

### SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI .....1 NON ..... 2	→ 112
111	Est-ce que cette structure dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI .....1 NON ..... 2	→ 210
112	De combien de lits dispose au total cette structure 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 ..... NSP .....998	<input type="text"/>

## SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

### STOCKAGES DES MEDICAMENTS

210	Est-ce que cette structure dispose de stocks des médicaments ou des produits contraceptifs?  SONDER	OUI..... 1 NON..... 2	→ 300
211	<b>VERIFIEZ Q102.04</b> 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 PF ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE PF AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 1 PRODUITS/PF NON STOCKES 2 3	
213	<b>VERIFIEZ Q102.10</b> FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	→ 300
214	Est ce que les médicaments pour le traitement de la tuberculose sont stockés dans le service de tuberculose ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 1 ANTI-TBC NON STOCKES 2 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 (acteur communautaire) qui est présent dans la structure de santé tout le temps, ou qui est à la disposition de la structure 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 un système de permanence du personnel, une feuille de garde avec les permanences du personnel qui couvre 24H?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	
<b>COMMUNICATION</b>			
310	Est-ce que cette structure a une <b>ligne téléphonique fixe</b> qui permet d'appeler durant tout le temps où les services sont offerts ?  PRECISER QUE SI LA STRUCTURE 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 est fonctionnel ? VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
313	Est-ce que la structure dispose d'un téléphone portable ou un telephone portable personnel pris en charge par la structure ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 316
314	Puis-je voir le téléphone portable de la structure ou le telephone portable personnel pris en charge par la structure VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
315	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
316	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>émetteur-radio à ondes courtes</b> 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 est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
319	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>ordinateur</b> ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 330
320	Puis-je voir l'ordinateur?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
321	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
322	Est-ce qu'il est possible d'avoir la connexion internet au sein de la structure 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 <b>pendant au moins 2 heures</b> ? 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 la structure?</p> <p>OBSERVER SI L'EAU EST DISPONIBLE A PARTIR DE LA SOURCE OU BIEN DANS LA STRUCTURE, 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/FI</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/FI	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>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 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/FI	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 la structure même, à 500 mètres, ou au delà de 500 mètres de la structure?</p> <p>UNE REPONSE RAPPORTEE EST ACCEPTABLE</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>AU SEIN DE LA STRUCTURE</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>A 500M DE LA STRUCTURE</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </table>	AU SEIN DE LA STRUCTURE	1	A 500M DE LA STRUCTURE	2	AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE	3																											
AU SEIN DE LA STRUCTURE	1																																		
A 500M DE LA STRUCTURE	2																																		
AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE	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 la structure?</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 structure est connectée à l'électricité centrale?</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>→ 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 dehors du générateur de secours) au moment où les services étaient offerts, 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 &gt; 2HR</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 > 2HR	2	NSP	8	
TOUJOURS DISPONIBLE	1								
COUPURES PARFOIS > 2HR	2								
NSP	8								
342	<p>Est-ce que cette structure dispose d'autres sources d'approvisionnement en électricité, comme un générateur ou un système solaire?</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>→ 344</p>		
OUI	1								
NON	2								
343	<p>Quelle autre source d'électricité possède cette structure?</p> <p>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> </table>	GENERATEUR AVEC CARBURANT	A	GENERATEUR AVEC BATTERIE	B	SYSTEME SOLAIRE	C	
GENERATEUR AVEC CARBURANT	A								
GENERATEUR AVEC BATTERIE	B								
SYSTEME SOLAIRE	C								
344	<p><b>VERIFIEZ Q343</b></p> <p style="text-align: center;">GENERATEUR UTILISE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 350</p>						
345	<p>Es-ce que le générateur 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>→ 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?</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 structure a reçu une visite de supervision, venant par exemple du poste de sante , de l'ONG, du district, du niveau régional ou national?	OUI.....1 NON.....2	→ 360
351	A quand remonte la dernière visite de supervision externe dans la structure? 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 la structure 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 la structure en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1       2       8	
03	Aider la structure 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 (les soins) pour accéder aux services?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 370
361	Est-ce que la structure 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 la structure? SONDER.	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SER 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE E 2	→ 363
362	Est-ce que la structure 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	
01	CARNET DE SANTE .....	1      2	
02	INSCRIPTION / CARTE D'ENREGISTREMENT .....	1      2	
03	CONSULTATION. ....	1      2	
04	MEDICAMENTS. ....	1      2	
05	VACCINS .....	1      2	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS. ....	1      2	
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX. ....	1      2	
08	SERINGUES ET AIGUILLES. ....	1      2	
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 AFFICHÉS: 1 OBSERVE ,CERTAINS, PAS TOUS LES T2	
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 structure?  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE APPROPRIÉE.	EXEMPTION/REDUCTION, GRATUIT. . . . A EXEMPTION/REDUCTION, PAIEMENT DIFFÉRE. .... B SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER ..... C PAIEMENT EN NATURE. .... D AUTRE _____ X	

## SOURCES OF REVENUE

370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la structure a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 2012-2013. Si une <b>autre personne</b> 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.  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE. [la liste sera adaptée au pays]	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ..... A AUTRES MINISTÈRES. .... B RÉGIME DE PROTECTION MÉDICALE (ASSURANCE). .... C FONDS DE SECURITY SOCIALE ..... D REMBOURSEMENT PAR L'EMPLOYEUR ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR P F ORGANISME DONATEUR/ONG. .... G CONFESSIONNEL. .... H PROGRAMMES COMMUNAUAIRES. .... I AUTRE _____ X	
-----	---	---	--

**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 structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée dans cette structure. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne en tant 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)
	<b>CATEGORIES PROFESSIONNELLES</b>	ENGAGE OU AFFECTE	TEMPS PARTIEL
01	AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE/ SECOURISTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	MATRONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	RELAIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	DSDOM (DISTRIBUTEUR DES SOINS A DOMICILE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	Bajenu gox	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	Membre du Comité de santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 la structure? Reunion du comité de santé de la case?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→417
411	A quelle fréquence se tiennent ces réunions de gestion?	UNE FOIS PAR MOIS OU MOINS. .... 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 procès verbaux de la réunion la plus récente 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 MENTIONNÉS DANS LE RAPPORT.	QUALITY DES DONNEES DU SIS. .... A LA PLENITUDE DES RAPPORTS DU SIS. .... B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU SIS. .... C QUALITE DES SERVICES. .... D UTILISATION DES SERVICES. .... E DONNEES SUR LES MALADIES. .... F CONDITIONS DE TRAVAIL (PAR EX. SALAIRE, HORAIRES DE TRAVAIL). .... G FINANCES OU BUDGET. .... H AUTRE ..... X AUCUN DES SUJETS CI-DESSUS. .... Y ARCHIVE NON DISPONIBLE. .... Z	↵417
415	Est-ce que la structure 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 la structure 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 et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent <i>périodiquement</i> ?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	↵430
418	A quelle fréquence les réunions périodiques entre le personnel de santé et membres de la communauté sont-elles tenues?	MENSUELLEMENT OU MOINS ..... 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	↵430
419	Est-ce que le proces verbal des réunions entre personnel de santé et membres de la communauté est conservé?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→430
420	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus récente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois?	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	



## OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

430	Est-ce qu'il existe dans cette structure, un système pour déterminer les opinions des patients à propos de la structure 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 LA STRUCTURE ..... G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNITE ..... H AUTRE ..... X NSP ..... Z	→440
432	Est-ce qu'il y a une procédure d'examen ou de présentation des opinions 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	

## 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 structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→450
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	→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 structure dispose d'une ambulance fonctionnelle ou d'un véhicule quelconque, qui stationne dans la structure 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 structure a accès à une ambulance fonctionnelle ou un véhicule quelconque, qui est stationné ou qui part d'une autre structure 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 STRUCTURE.  
PRESENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation de rapports contenant des informations sanitaires?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→464
462	A quelle fréquence ces rapports sont compilés?	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	
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 structure, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→470
465	Qui est cette personne?  INSISTEZ	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SGIS. .... 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE. .... 2 AUTRE PRESTATAIRE. .... 3	

## STATISTIQUES SANITAIRES

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

470	VERIFIEZ Q110	FOURNITURE DE SERVICES D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>	→ 472
471	Combien de sorties de malades y a-t-il eu durant le dernier mois calendaire [1 MOIS], pour tous les cas, aussi bien chez les adultes que les enfants?	# DE SORTIES NSP. .... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
472	Combien de 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 NSP. .... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

EMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE 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 STRUCTURE? OUI (CODES 1 OU 2 ENCERCLES) <input type="checkbox"/> NON (CODE 3 ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT																																		
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA STRUCTURE 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 la structure ?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">METHODE</th> <th colspan="3">(A) UTILISE ET DISPONIBLE</th> <th colspan="3">(B) FONCTIONNEL</th> </tr> <tr> <th>OBSERVE</th> <th>RAPPORTE, PAS VU</th> <th>PAS UTILISE</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 ↓ 2</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 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 ↓ 3</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 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td colspan="3" style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> </tbody> </table>	METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP	01 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1 → b	2 → b	3 ↓ 2	1	2	8	02 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 ↓ 3	1	2	8	03 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3			
METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL																															
	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP																													
01 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1 → b	2 → b	3 ↓ 2	1	2	8																													
02 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 ↓ 3	1	2	8																													
03 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3																																
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA STRUCTURE, DEMANDER AU REpondANT ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, ETC.																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">A Méthode</th> <th rowspan="2">(1) EBULLITION</th> <th rowspan="2">(2) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UTILIS. .... 1 PAS UTILISÉ. .... 2 → 2</td> <td>UTILIS. .... 1 PAS UTILISÉ. .... 2 → 503</td> </tr> <tr> <td>B Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?</td> <td>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>C Désinfectant chimique utilisé</td> <td>NSP. .... 998</td> <td>ALCOOL. .... 01 BETADINE. .... 02 CHLORINE/EAU DE JAVEL. .... 03 NSP. .... 98</td> </tr> </tbody> </table>	A Méthode	(1) EBULLITION	(2) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE	UTILIS. .... 1 PAS UTILISÉ. .... 2 → 2	UTILIS. .... 1 PAS UTILISÉ. .... 2 → 503	B 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"/>	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	C Désinfectant chimique utilisé	NSP. .... 998	ALCOOL. .... 01 BETADINE. .... 02 CHLORINE/EAU DE JAVEL. .... 03 NSP. .... 98																							
A Méthode	(1) EBULLITION				(2) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE																														
		UTILIS. .... 1 PAS UTILISÉ. .... 2 → 2	UTILIS. .... 1 PAS UTILISÉ. .... 2 → 503																																
B 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"/>	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																	
C Désinfectant chimique utilisé	NSP. .... 998	ALCOOL. .... 01 BETADINE. .... 02 CHLORINE/EAU DE JAVEL. .... 03 NSP. .... 98																																	
503	Est-ce cette structure dispose des directives sur la decontamination et desinfection à haut niveau 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 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSIBLE DE LA GESTION DES DECHETS DANS CETTE STRUCTURE.  
 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 <b>finale</b> utilisée dans cette structure pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies de déchets d'objets tranchants) ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p><b>ATTENTION!</b></p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 09, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENGERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p><b>COMBUSTION DANS INCINERATEUR :</b>                  FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS                  UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. .... 03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 04                  DANS TROU OU SOL PROTEGE. .... 05</p> <p><b>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 06                  DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. .... 07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. .... 08                  SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE ..... 09</p> <p><b>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. .... 10                  STOCKAGE DANS UN AUTRE                  ENVIRONNEMENT PROTEGE. .... 11                  STOCKAGE NON PROTEGE ..... 12</p> <p><b>AUTRE</b> ..... 96                  (SPECIFIER)                  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 structure pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p><b>ATTENTION!</b></p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 09, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENGERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS</p> <p><b>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR:</b>                  FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS                  UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. .... 03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 04                  DANS TROU OU SOL PROTEGE. .... 05</p> <p><b>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 06                  DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. .... 07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. .... 08                  SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE ..... 09</p> <p><b>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. .... 10                  STOCKAGE DANS UN                  ENVIRONNEMENT PROTEGE. .... 11                  STOCKAGE NON PROTEGE ..... 12</p> <p><b>AUTRE</b> ..... 96                  (SPECIFIER)                  IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. .... 95</p>	
602	<p><b>VERIFIEZ Q600</b>                  ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> PAS D'ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENGERCLER) (CODE "95" ENGERCLER)</p>		604
603	<p>DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS TRANCHANTS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER LE SITE OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DU SITE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENGERCLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. .... 1                  DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE ..... 2                  DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE ..... 3                  DECHARGE PAS INSPECTEE ..... 8</p>	
604	<p><b>VERIFIEZ Q601.</b>                  ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> PAS D'ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENGERCLER) (CODE "95" ENGERCLER)</p>		606
605	<p>DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS MEDICAUX SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER LE SITE OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DU SITE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENGERCLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. .... 1                  DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE ..... 2                  DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE ..... 3                  DECHARGE PAS INSPECTEE ..... 8</p>	
606	<p><b>VERIFIEZ Q600 ET Q601</b>                  UTILISATION D' INCINERATEUR <input type="checkbox"/> INCINERATEUR NON UTILISE <input type="checkbox"/>                  (SOIT "2" OU "3" ENGERCLER) (NI "2" NI "3" ENGERCLER)</p>		610
607	<p>DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L' INCINERATEUR</p>	<p>INCINERATEUR OBSERVE. .... 1                  INCINERATEUR RAPPORTE, PAS VU. .... 2</p>	
608	<p>Est-ce que l'incinérateur est fonctionnel aujourd'hui ?</p> <p>ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REPONDANT INFORME</p>	<p>OUI ..... 1                  NON ..... 2                  NSP ..... 8</p>	610
609	<p>Est-ce que le carburant est disponible aujourd'hui ?</p> <p>ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE</p>	<p>OUI ..... 1                  NON ..... 2                  NSP ..... 8</p>	
610	<p>Est-ce que les directives de gestion des déchets médicaux sont disponibles dans ce service ?</p>	<p>OUI ..... 1                  NON ..... 2</p>	620
611	<p>Puis-je les voir ?</p>	<p>OBSERVEES. .... 1                  RAPPORTEES, PAS VUES ..... 2</p>	

## TOILETTE DES PATIENTS

620	<p>Est-ce qu'il y a une toilette (latrine) dans des conditions fonctionnelles qui est disponible pour l'utilisation des patients en consultation externe ?</p> <p>SI OUI DEMANDEZ DE VOIR LA TOILETTE DES PATIENTS INDIQUEZ LE TYPE. CELA DOIT ETRE LA TOILETTE DE LA STRUCTURE POUR LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE.</p>	<p>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</p> <p>FOSSÉ/LATRINES  LATRINES AMÉLIORÉES  AUTO-AÉRÉES ..... 21  LATRINES AVEC DALLE ..... 22  LATRINESE SANS DALLE/TROU OUVERT ..... 23  TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31  SEAU/TINETTE ..... 41  TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ..... 51  PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61</p>	
-----	--	---	--

## SALLE D'ATTENTE

---

A CE STADE, DITES A VOTRE REpondant QUE VOUS VOUDRIEZ REGARDER QUELQUES MATERIELES EY 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 et s'ils sont fonctionnels. DEMANDER A VOIR LE MATERIEL.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
02	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]/Salter	1→ b	2 →b	3	1	2	8
03	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 100g]/pèse Bébé	1→ b	2 →b	3	1	2	8
04	STADIOMETRE (OU TOISE) POUR MESURER LA TAILLE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
05	RUBAN A MESURER [POUR CIRCONFERENCE] Brassard pour Perimetre bracad	1	2	3			
06	THERMOMETRE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
07	STETHOSCOPE OBSTETRICAL	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	PAIRE DE CISEAUX DROITS	1→ b	2 →b	3	1	2	8
12	PAIRE DE CISEAUX COURBES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
13	PAIRE DE PINCES AVEC GRIFFES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
14	PAIRE DE PINCES SANS GRIFFE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
15	POIRE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
16	HARICOTS	1→ b	2 →b	3	1	2	8
17	PLATEAUX RECTANGULAIRES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
18	RECHAUD A GAZ	1→ b	2 →b	3	1	2	8
19	LAMPE A GAZ	1→ b	2 →b	3	1	2	8
20	MINUTEUR	1→ b	2 →b	3	1	2	8
21	POISSONNIERE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
22	BOITES A INSTRUMENTS METALLIQUES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
23	BASSIN DE LIT	1→ b	2 →b	3	1	2	8
24	SEAUX POUBELLE	1→ b	2 →b	3	1	2	8
25	BOUILLOIRES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
26	BASSINES	1→ b	2 →b	3	1	2	8
27	REGISTRES GRAND FORMAT maternite	1	2	3			
28	REGISTRES GRAND FORMAT PF	1	2	3			
29	REGISTRES GRAND FORMAT IEC	1	2	3			
30	REGISTRES GRAND FORMAT CPC	1	2	3			
31	REGISTRES GRAND FORMAT SPC	1	2	3			
32	FICHES DE STOCK/Cahiers de stock	1	2	3			
33	materials de demonstration culinaires	1→ b	2 →b	3	1	2	8
34	PAIRES DE GANTS PROPRES	1	2	3			
35	BALAI	1→ b	2 →b	3	1	2	8
36	BROSSES A ONGLET	1→ b	2 →b	3	1	2	8

## SALLE DE CONSULTATION

A CE STADE, DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LA SALLE OU L'ENDROIT, OU DANS LE PRINCIPAL SERVICE DE CONSULTATION, LA PLUS DES PRESTATIONS DE SERVICES SONT FOURNIES AU PATIENTS. OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATION FONT. INDIQUER SI LES ELEMENTS SUIVANTS SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE 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-MAINS A BASE D'ALCOOL	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")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	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 <b><u>sont protégés contre le soleil et la pluie?</u></b>  DEMANDEZ A VOIR LE LIEU D'ATTENTE. QUI DOIT ETRE LE LIEU D'ATTENTE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE	OUI NON	1 2
-----	--	------------	--------

## SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	<b>VERIFIEZ Q102.17</b> FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC <input type="checkbox"/> 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 DONNEES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE OBJET D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATION SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS LA STRUCTURE ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.			
841	Est-ce qu'on fait ici des tests quelconque sur le PALUDISME, c'est-à-dire dans la structure?	OUI..... 1 NON..... 2	→851
842	Est-ce que les TDR sont utilisés dans ce service pour diagnostiquer le paludisme?	OUI..... 1 NON..... 2	→851
843	Puis-je voir un exemplaire du kit de TDR pour le Paludisme? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3	
844	OBSERVEZ ET DEMANDER LE TYPE OU LA MARQUE DE TDR DU PALUDISME  SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF..... 1 AUTRE..... 2 PRECISER	
845	Est-ce que vous posséder d'un manuel de formation, un poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 851
846	Puis-je voir le manuel de formation, le poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
851	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVE CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE	(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ HORS DE LA STRUCTURE OUI      NON (B) DOCUMENT DE RESULTATS DE TEST OBSERVÉ OUI      NON	
03	Test du paludisme	1 → b      2	1      2
REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.			



## SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

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

## SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

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 la structure de santé. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocker à un autre endroit dans la structure, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

## ANTIBIOTIQUES

901	Est-ce que les <b>antibiotiques</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure de santé?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE AUJOURD'HUI	PAS DISPONIBLE /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
1	CO-TRIMOXAZOLE (COMPRIMES) (Antibiotique oral pour adulte)	1	2	3	4	5
2	CO-TRIMOXAZOLE SUSPENSION (Antibiotique Oral pour enfant)	1	2	3	4	5
3	AUREOMYCINE 3% TUBE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS DEPARASITANTS

902	Est-ce que les médicaments suivants destinés au traitements des <b>infestations vermineuses</b> sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	MEBENDAZOLE 100 MG	1	2	3	4	5
02	MEBENDAZOLE SIROP	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

905	Est-ce que les <b>médicaments</b> suivants contre le paludisme sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] ADULTE	1	2	3	4	5
02	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] ENFANT	1	2	3	4	5
03	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] NOURRISSON	1	2	3	4	5
10	AUTRE MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME	1	2	3	4	5

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la <b>santé maternelle</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
03	COMPRIMES DE FER	1	2	3	4	5
04	COMPRIMES COMBINES FER + ACIDE FOLIQUE	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
09	SELS DE REHYDRATION ORALE (SRO) SACHETS	1	2	3	4	5
10	VITAMINE A 200.000 UI	1	2	3	4	5
11	VITAMINE A 100.000 UI	1	2	3	4	5
12	ZINC COMPRIMES	1	2	3	4	5
15	MERCUROCHROME	1	2	3	4	5
18	BETADINE GYNECOLOGIQUE	1	2	3	4	5
19	ALCOOL A 90	1	2	3	4	5
20	COTOL	1	2	3	4	5
21	ALBUSTIX( strategie avancee)	1	2	3	4	5
22	COTON HYDROPHILE	1	2	3	4	5
23	BANDE DE GAZE	1	2	3	4	5
24	BOITE DE SPARADRAP 5X10	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

908	Est-ce que les <b>AUTRES médicaments</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	PARACETAMOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	PARACETAMOL SIROP	1	2	3	4	5
03	VITAMINE C	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?	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 DE LA CHALEUR?	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 structure 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 OBSER' AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	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 _____ 6	

MATERIELS

912	Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
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

## SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	<b>VERIFIEZ Q212</b>	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE (REPOSE 1 OU 3 ENCERCLÉ)				
	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	ALLER A LA SECTION SUIVANTE				
921	Est-ce que les <b>PRODUITS CONTRACEPTIFS</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE			(B) NON OBSERVÉ	
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALI	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIB AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3	4	5
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3	4	5
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3	4	5
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3	4	5
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3	4	5
06	CONDOMS FÉMININS	1	2	3	4	5
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE	1	2	3	4	5
10	METHODE NATURELLE (CYCLE BEADS FOR STANDARD DAYS METHOD)	1	2	3	4	5

## CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

922	OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES	YES	NO
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT AU-DESSUS DU SOL?	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 (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?	1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être perimé", 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 structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui?	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNE 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QU 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 4 DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME (SPECIFIER) 6	

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS (Strategies avancees)

1000	<b>VERIFIEZ Q102.01</b> SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OULIEU DE SERVICE ←	
------	---	--	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1001	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 structure, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.		
	<b>SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (STRATEGIE AVANCEE:Point de Vaccination)</b>	(a)	(b)
	(UTILISER MOIS 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Nombre de jours de vaccination organisee)Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES

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

1100	<b>VERIFIEZ Q102.05</b> SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE	PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE
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 structure, 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 LA STRUCTURE	(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	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES				
1102	Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI NON.....	1 2 → 1104				
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 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	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250g )	1 → b	2 → b	3 02	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100g )	1 → b	2 → b	3 03	1	2	8
03	TOISE	1 → b	2 → b	3 04	1	2	8
04	RUBAN DE MESURE POUR LA CIRCONFERENCE	1	2	3			
05	COURBES DE CROISSANCE	1	2	3			
REMERCEZ 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	<b>VERIFIEZ Q102.03</b> 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 structure 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 LA STRUCTURE	(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"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
1202	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, délivrent les services suivants		YES	NO	
01	DIAGNOSTIQUENT ET/OU TRAITENT LA MALNUTRITION INFANTILE		1	2	
02	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A		1	2	
03	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN FER		1	2	
04	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN ZINC		1	2	
1203	Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les directives de la PCIME Communautaire dans les prestataires aux enfants de moins de 5 ans?	OUI..... 1 NON..... 2			
1204	Est-ce que les directives de la PCIME Communautaire pour le diagnostic des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2			→ 1206
1205	Puis-je voir les directives de la PCIME communautaire?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	1 2		→ 1208
1206	Est-ce que d'autres directives 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 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	1 2		
1208	Est-ce que cette structure 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 ACTIVITE, 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 FACNSP SYSTEMATIQU	
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
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

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 BEBE (GRADUATION 250 gr)	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100 gr)	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	Un chronomètre ou une montre affichant les secondes	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
05	le personnel a des montres qui affichent les secondes	1	2	3			
06	Un mesureur calibré à un 1/2 ou 1-litre pour la SRO	1	2	3			
07	Tasses et cuillères	1	2	3			
08	PACKETS OU SACHETS DE SRO	1	2	3			
09	Au moins 3 seaux (pour laver les tasses)	1	2	3			
10	Table/Lit de consultation	1	2	3			
1211	Veillez me dire si vous disposez des matériels suivants. SI OUI, DEMANDER A VOIR						
01	Fascicules de tableaux de la PCIME	1	2	3			
02	Cartes d'information des mères sur la PCIME (Carte Conseil)	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 registre, carte ou carnet de santé)			OUI. .... 1 NON ..... 2			→ 1250
1213	Puis-je voir un exemplaire vierge?			OBSERVE ..... 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>	<p>INFORMATIONS GENERALES. . . . . 11</p> <p>PAS VISITE AVANT . . . . . 31</p>	SECTION SUIVANTE/SERVICE		
1251	<p><b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</b></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	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")	1	2	3	
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3	
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3	
1052	<p>DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p>	<p>SALLE SEPARÉE. . . . . 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE. . . . . 2</p> <p>INTIMITE VISUELLE SEULEMENT. . . . . 3</p> <p>PAS D'INTIMITE. . . . . 4</p>			
<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	<b>VERIFIEZ Q102.04</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
------	---	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE.  
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LA PF.  
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1302	Est-ce que cette structure <b>fournit</b> (c'est-à-dire, stocke les produits ou bien <b>prescrit, conseille ou réfère</b> les clientes pour l'un des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFERE	NON
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (SUIVI DU CYCLE PAR LA METHODE ABSTINENCE RYTHMIQUE/COLLIER)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE		2	3
1303	Est-ce que les directives 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 directives 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		→ 1314
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE..... 2		

## 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
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 02 ↘	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. FLIP, CHARTS, DEPLIANTS]	1	2	3			
09	MODELE POUR DEMONTRER L'UTILISATION DU CONDOM	1	2	3			

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	<b>VERIFIEZ Q.102.05</b>  SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE	<input type="checkbox"/> ↓	PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE  SECTIONSUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	--	-------------------------------	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE CPN DANS LA STRUCTURE.  
 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 structure? Strategies avancees UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
1413	Est-ce que des directives sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1415
1414	Puis-je les voir?  ACCEPTABLE SI FAISANT PART DES AUTRES DIRECTIVES.	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	→ 1421
1416	Puis-je les voir?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. .... 2	

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 OBSERVÉ    RAPPORTÉ PAS VU    PAS DISPONIBLE	(B) FONCTIONNEL OUI    NON    NSP
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b    2 → b    3 ↘	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 AU MOINS UN VALIDE    DISPONIBLE NON VALIDE	(B) PAS OBSERVÉ RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU    NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI    NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1    2    3	4    5
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1    2    3	4    5
04	SP / FANSIDARPOUR TRAITEMENT ITTERRMITTENT DU PALUDISME	1    2    3	4    5
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

## SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAU-NES

1600	<b>VERIFIEZ Q102.07</b> FOUNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES	PAS DE FOUNTURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	<input type="checkbox"/>
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.			
1601	Est-ce qu'une matrone est présente dans la structure ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI ..... 1 NON..... 2	

## ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

1604	Veuillez me dire si les services suivants ont une fois été fournis par les prestataires de cette structure, 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	(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA STRUCTURE			(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS		
		OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP
02	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'UN OXYTOCIQUE (IV OU IM)	1 → b	2 03 ↙	8 03 ↘	1	2	8
04	ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	1 → b	2 05 ↙	8 05 ↘	1	2	8
1605	Est-ce que les directives nationales sur la Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON ..... 2			→ 1622		
1606	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2					

## 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
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
11	PESE-BEBE	1 → b	2 → b	3 } 12 ←	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	8
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE				1	2	8
03	FILS DE LIGATURE POUR CORDON OMBILICAL//CLAMP DE BARE				1	2	8
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8
1624	Est-ce que cette structure observe <b>systématiquement</b> les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveaux-nés?				OUI	NON	NSP
01	Poser le bebe sur le ventre de la mere juste après l'accouchement (Peau sur Peau)				1	2	8
02	Sécher et couvrir les nouveaux-nés pour les réchauffer				1	2	8
03	commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement				1	2	8
04	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 poire				1	2	8
07	Pesée immédiate du nouveau-né				1	2	8
09	Appliquer de la Tetracycline dans les deux yeux				1	2	8
10	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
11	Donner au nouveau-né le colostrum				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 DISPONIBLE		(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	
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5	
08	SOLUTION DE BETADINE (SOINS DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

1650	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.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . .	11	SECTION SUIVANTE/SERVICE
		SOINS INFANTILES	13	
PAS VISITÉ AVANT	31			
1651	<b>STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION</b>	<b>OBSERVED</b>	<b>REPORTED, NOT SEEN</b>	<b>NOT AVAILABLE</b>
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	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")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1652	DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE	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: PALUDISME

1700	<b>VERIFIEZ Q102.08:</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME  SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	---	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS VENANT CONSULTER POUR LE PALUDISME. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES SUR LE PALU. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1701	Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS ..... <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins toujours ou parfois seulement?	TOUJOURS. .... 1 PARFOIS SEULEMENT. .... 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme?  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 DU PALUDISME  SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF. .... 1 AUTRES ..... 2 <p style="text-align: center;">PRECISER</p>	
1708	Est-ce que vous possédez d'un manuel de formation, une affiche ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affiche ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme 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 directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme 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		PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST	
SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT				

1818 DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE CONSEIL DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.

<b>SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:</b>		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP
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
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
08	<b>INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI</b>	1	2	3	8
09	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
10	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
11	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
12	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
REMERCIEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'END OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					



SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	<b>VERIFIEZ Q102.10</b>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC	
	FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
			<input type="checkbox"/>
1901	Est-ce que les patients touseurs chroniques sont-ils référés pour la recherche de la tuberculose?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1903
1902	Est-ce que les patients référés pour toux chroniques font-ils l'objet de feed back?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1903	Est-ce que vous participez au traitement directement observé de la tuberculose?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1904	Est-ce que l'information concernant la tuberculose est-elle conservée dans la case?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→300
REMERCIEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

## SECTION 30: NIVEAU GENERAL DE PROPRETE DE LA STRUCTURE DE SANTE

3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LES CONDITIONS DE LA STRUCTURE	OUI	NON
01	<b>LE SOL:</b> BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS	1	2
02	<b>COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES:</b> 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	<b>MURS:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉS	1	2
07	<b>PORTES:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉES	1	2
08	<b>PLAFOND:</b> TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2

HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW

REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.

**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: \_\_\_\_\_



**REGISTRE DE MATERNITE**

<b>Code de la structure:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>QRE</b>	<b>MAI</b>			
<b>Code de l'Enqueteur</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>					
<b>NO.</b>	<b>QUESTIONS</b>	<b>CODES</b>	<b>ALLER A</b>			
101	Est-ce que des accouchements ont ete faits pendant les 30 derniers jours dans cette case de Ssnte?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE			
102	Quel est le nombre total des accouchements qui ont ete faits dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours?	NOMBRE TOTAL DES ACCOUCHEMENTS:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
103	Est-ce que les registres et documents des accouchements qui ont ete faits pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante sont disponibles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE			
<p>DEMANDER A VOIR LES REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9998'. INSCRIRE LES DONNEES DU REGISTRE/DOCUMENT DE MATERNITE SUR LES 5 DERNIERES VISITES DE MERE ET NOUVEAU NES.</p>						
	<b>REGISTRE/ DOCUMENTS DE MATERNITE</b>	<b>VISITE 1</b>	<b>VISITE 2</b>	<b>VISITE 3</b>	<b>VISITE 4</b>	<b>VISITE 5</b>
104	AGE (DE LA FEMME EN ANNEE )	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
105	LIEU D'ACCOUCHEMENT (MAISON:1, CASE:2, AUTRE:3, RIEN VU: 8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
106	ACCOUCHEMENT ASSISTE PAR LA MATRONE (OUI:1, NOM:2, RIEN VU: 8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
107	POIDS DU NOUVEAU NE A LA NAISSANCE (EN GRAMME ex.3kg500g ecrire 3500)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
108	NOUVEAU NE VIVANT BIEN PORTANT (OUI:1, NON:2, RIEN VU :8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
109	MORT NE (OU:1, NON:2, RIEN VU: 8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
110	MIS AU SEIN PRECOCE DU NOUVEAU NE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
111	SOINS DU CORDON OMBILICAL (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
112	HEMORRHAGIE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
113	RETENTION PLACENTAIRE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
114	REFERE (OUI:1, NON:2, RIEN VU: 8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
115	AUTRES (PRECISER)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR						









PROMOTION DE LA CROISSANCE

Code de la structure:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	QRE TYPE	<b>CRO</b>			
Code de l'Enqueteur	<input type="text"/> <input type="text"/>					
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A			
101	Est-ce que des enfants ont été vus pour le suivi de la de la croissance pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE/CAHIER/DOCUMENTS			
102	Quel est le nombre total d'enfants qui ont été vus pour le suivi de la croissance dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours?	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
103	Est-ce que les registres et documents de la promotion de la croissance qui ont été vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de sante sont disponibles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE			
DEMANDER A VOIR LES REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9998'. INSCRIRE LES DONNEES DE LA PROMOTION DE LA CROISSANCE SUR LES 5 DERNIERS ENFANTS QUI ONT ETE VUS.						
PROMOTION DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT4	ENFANT 5
104	SEXE ( MASCULIN : 1, FEMININ : 2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
105	AGE DE L'ENFANT EM MOIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
106	POIDS ATTENDU (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
107	POIDS ACTUEL (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
108	ETAT NUTRITIONEL (ROUGE:1, JAUNE :2, VERT:3, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
109	GAIN EN POIDS/ PERTE EN POIDS (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
110	ENGAGEMENTS DE LA MERE ( TOTAL:1, PARTIEL:2, PAS DU TOUT:3, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
111	OBSERVATIONS (CONSEIL:1, SUPPLEMENT:2, REFER:3, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR						

PLANIFICATION FAMILIALE

Code de la structure:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		QRE TYPE	<b>PF</b>		
Code de l'Enqueteur	<input type="text"/> <input type="text"/>					
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A			
101	Est-ce que des clients de PF ont ete vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN DE LA REVUE DU CAHIER/REGISTRE/DOCUMENTS			
102	Quel est le nombre total de clients de PF qui ont ete vus dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours?	NOMBRE DE CLIENTS DE PF: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
103	Est-ce que les registres et documents de PF qui ont ete vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante sont disponibles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE			
DEMANDER A VOIR LES CAHIERS,REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATION NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9998'. INSCRIRE LES DONNEES DE PLANIFICATION FAMILIALE SUR LES 5 DERNIERS CLIENTS QUI ONT ETE VUS.						
CAHIER/DOCUMENTS DE PLANIFICATION FAMILIALE		CLIENT(E) 1	CLIENT(E)2	CLIENT(E) 3	CLIENT(E) 4	CLIENT(E) 5
104	AGE (EN ANNEE)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
105	SEXE ( MASCULIN : 1, FEMININ : 2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
106	STATUT ( NOUVELLE:1, ANCIEN:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
107	COUNSELING (INITIAL:1, SUIVI:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
108	TYPE DE METHODE DE PF CHOISIE PILULES COMBINEES (OESTRO-PROGESTATIVES 1 PILULES PROGESTATIVES 2 CONTRACEPTIF INJECTABLE COMBINE (MENSUELEMENT) 3 CONTRACEPTIF INJECTABLE PROGESTESTATIF (POUR 2 OU 3 MOIS) 4 CONDOM MASCULIN 5 CONDOM FEMININ 6 DSPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU) 7 IMPLANT 8 PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULE DU LENDEMAIN) 9 COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES 10 CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE 11 VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE) 12 STERILISATION FEMININE 13 METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORHEE (MAMA) 14 AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME) 15 PAS DE METHODE 16 RIEN VU 98	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
109	CONDUITE TENUE POUR LA METHODE CHOISIE ( FOURNIE:1, REFERE:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR						