

**THE DHS PROGRAM**

**ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES  
DE SOINS DE SANTÉ**

**PAYS ET ANNEE**

**QUESTIONNAIRE D'INVENTAIRE DES STRUCTURES**

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

001 NOM DE LA STRUCTURE \_\_\_\_\_

002 LOCALISATION DE LA STRUCTURE (N°, RUE/AVENUE, QUARTIER/VILLAGE, COMMUNE/  
TERRITOIRE, VILLE/CITE) \_\_\_\_\_

003 REGION/PROVINCE . . . . . 

--	--

004 DISTRICT SANITAIRE . . . . . 

--	--	--

005 CODE DE LA STRUCTURE . . . . . 

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

006 TYPE DE STRUCTURE SANITAIRE (SPECIFIQUE AU PAYS)

TYPE DE STRUCTURE 1 . . . . .	01
TYPE DE STRUCTURE 2 . . . . .	02
TYPE DE STRUCTURE 3 . . . . .	03
TYPE DE STRUCTURE 4 . . . . .	04
TYPE DE STRUCTURE 5 . . . . .	05
TYPE DE STRUCTURE 6 . . . . .	06
TYPE DE STRUCTURE 7 . . . . .	07
TYPE DE STRUCTURE 8 . . . . .	08
TYPE DE STRUCTURE 9 . . . . .	09

007 STATUT DE LA STRUCTURE (AUTORITE DE GESTION)

PUBLIQUE . . . . .	1
ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF . . . . .	2
PRIVE LUCRATIF . . . . .	3
PRIVE CONFESIONNEL . . . . .	4

008 URBAIN/RURAL

URBAIN . . . . .	1
RURAL . . . . .	2

009 HOSPITALISATION SEULEMENT

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

### VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR <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>				
				MOIS				
				ANNEE <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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUÊTEUR <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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
RESULTAT				RESULTAT <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>				

CODES RESULTATS (RESULTAT FINAL):

1 : REMPLI POUR LA STRUCTURE

2 : REpondant NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE

3 : REPORTEE

4 : REFUS DE LA STRUCTURE

5 = PARTIELLEMENT REMPLI

6 : AUTRE \_\_\_\_\_

(SPECIFIER)

## NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES .....

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN CPN .....

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN PF .....

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS CONSULTATIONS ENFANTS MALADES


Nombre total de  
patients reçus  
dans le service


### COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE

**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 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 VERIFIER QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE  
SUR LE WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)	NOM WAYPOINT <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
011 HAUTEUR	HAUTEUR ..... <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
012 LATITUDE	N/S ..... a
	DEGRES/DECIM b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
013 LONGITUDE	E/O ..... a
	DEGREES/DECIM b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

# CONSENTEMENT

IDENTIFIER LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE 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 travaille pour l'[AGENCE D'EXECUTION] dans une étude sur les structure. Cette étude est menée pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations des services de santé de [PAYS].

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

Votre structure 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 la 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, 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?

				2	0	2	
JOUR				MOIS		ANNEE	

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

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;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 10px;">.</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">HEURES</td> <td></td> <td colspan="2">MINUTES</td> </tr> </table>			.			HEURES			MINUTES		
		.											
HEURES			MINUTES										

EXPLIQUEZ AU REPONDANT(E) DES LE DEBUT DE L'INTERVIEW QU'IL Y AURA DES QUESTIONS SUR LES REUNIONS DE GESTION ET DES ACTIVITES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. POUR CE NOUS AURONS BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE CES REUNIONS ET ACTIVITES. IL SERA ALORS IMPORTANT DE REUNIR TOUS LES REGISTRES DES REUNIONS DE GESTIONS ET DES ACTIVITES D'ASSURANCE QUALITE S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE AU LIEU DE L'INTERVIEW.

EXPLIQUEZ AUSSI QU'IL Y AURA UNE SECTION SUR LES STATISTIQUES DE SANTE (NOMBRE DES VISITES AMBULATOIRES 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!!!!**

REMERCIEZ LE REPONDANT(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 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	Services de planification familiale, y compris les méthodes modernes, les méthodes naturelles, la stérilisation chirurgicale féminine ou masculine.	1	2	<input type="checkbox"/>
05	Services de Consultations Périnatales (CPN)	1	2	<input type="checkbox"/>
06	Services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) soit avec les CPN, soit avec les services d'accouchement.	1	2	<input type="checkbox"/>
07	Services d'accouchement par voie basse	1	2	<input type="checkbox"/>
08	Services de diagnostic et/ou prise en charge du paludisme	1	2	<input type="checkbox"/>
09	Services de diagnostic et/ou le traitement des IST, en dehors du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
10	Services de diagnostic, traitement et/ou le suivi du traitement de la tuberculose.	1	2	<input type="checkbox"/>
11	Services de counseling et de dépistage du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
12	Services de prescription d'antirétroviraux contre le VIH/SIDA ou le suivi du traitement antirétroviral.	1	2	<input type="checkbox"/>
13	Soins et soutien des personnes vivant avec le 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 nécessite pas l'utilisation du bloc opératoire?	1	2	<input type="checkbox"/>
16	Service d'accouchement par césarienne	1	2	<input type="checkbox"/>
17	Services de laboratoire pour le diagnostic, y compris tout test de diagnostic rapide.	1	2	<input type="checkbox"/>
18	Services d'analyse des groupes sanguins	1	2	<input type="checkbox"/>
19	Services de transfusion sanguine	1	2	<input type="checkbox"/>

## SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI..... 1 NON ..... 2	→ 112
111	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED en observation pour la nuit?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 200
112	De combien de lits dispose au total cette structure pour l'observation ou l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	NOMBRE DE LITS D'OBSERVATION / D'HOSPITALISATION <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"/> NSP .....998	

## SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

### STERILISATION DES INSTRUMENTS

200	J'ai quelques questions concernant la procedure de sterilisation des instruments metalique comme les speculums, pincés ou autres instruments metalique qui sont utilises dans cette structure. Sterilisez-vous les instruments metaliques dans cette structure?	OUI.....1 NON .....2	→ 210
201	Est ce que la sterilisation 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 stocke des medicaments (y compris les ARV), les vaccins ou des produits contraceptifs?  SONDER	OUI..... 1 NON..... 2	→ 300
211	<b>VERIFIEZ Q102.04</b> OFFRE DE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF) <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF) <input type="checkbox"/>	→ 213
212	Est ce que les produits contraceptifs sont stockés dans le service de PF ou dans la pharmacie 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> OFFRE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE 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 ou dans la pharmacie avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ANTI TBC NON STOCKES 3	
215	<b>VERIFIEZ Q102.12 ET Q102.6</b> FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV OU PTME <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV NI DE PTME <input type="checkbox"/>	→ 300
216	Est ce que les ARV pour le traitement du VIH/SIDA sont stockés dans le service ou dans la pharmacie avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE TAR .....1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS .....2 MEDICAMENTS ARV NON STOCKES .....3 STOCKES DANS LE SERVICE PTME .....4 STOCKES DANS LE SERVICE PTME ET TAR .....5	

## MODULE 2: DISPONIBILITE DU SERVICE GENERAL

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

#### DISPONIBILITE DES SERVICES DE GARDE 24H/24

300	Est-ce qu'il y a un prestataire de santé qui est de garde soit dans cette structure soit sur appel (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 roulement (horaire) de garde du personnel/ permanences qui couvre 24H?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 310
302	Puis-je voir votre horaire de garde avec les permanences couvrant 24H?	PERMANENCES OBSERVEES. . . . . 1 PERMANENCES RAPPORTEES PAS VU 2	

#### COMMUNICATION

310	Est-ce que cette structure a un téléphone fixe qui permet d'appeler l'exterieur durant les heures de service ?  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 UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
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 ce téléphone	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
315	Est-ce qu'il est en etat de fonctionnement? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
316	Est-ce que cette structure dispose d'un émetteur-radio à ondes courtes (phonie ou motorola) pour les appels radio?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
317	Puis-je voir cet émetteur-radio à ondes courtes?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
318	Est-ce qu'il est en etat de fonctionnement? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
319	Est-ce que cette structure dispose d'un ordinateur?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 322
320	Puis-je voir cet ordinateur?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
321	Est-ce qu'il est en etat de fonctionnement? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
322	Est-ce qu'il y a une connexion internet au sein de la structure ? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 330
323	Durant les jours où les services sont offerts, est-ce que la connexion internet est régulièrement disponible pendant au moins 2 heures? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	

## SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

330	<p>Quelle est actuellement la source principale 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 SI L'EAU SORT DU ROBINET</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/BROUETTE/CAMION AVEC RESERVOIR/FÛT ..... 11</p> <p>CAMION CITERNE ..... 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 MOINS DE 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 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 d'un générateur de secours) durant les heures de service, 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 ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
342	<p>Est-ce que cette structure dispose d'autres sources d'approvisionnement en électricité, comme par exemple un groupe électrogène ou un système solaire?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 350</p>
343	<p>Quelle autre source d'électricité possède cette structure?</p> <p>SONDER ET ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>	<p>GRUPE ELECTROGENE ..... A</p> <p>BATTERIE AVEC CONVERTISSEUR . B</p> <p>PANEAU SOLAIRE ..... C</p>	
344	<p><b>VERIFIEZ Q343</b></p> <p style="text-align: center;">SOURCE UTILISEE <input type="checkbox"/> (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE)</p>	<p style="text-align: center;">SOURCE PAS UTILISEE <input type="checkbox"/> (NI "A" NI "B" ENCERCLE)</p>	<p>→ 350</p>
345	<p>Es-ce que la source utilisée est en état de fonctionnement?</p> <p>ACCEPTER UNE 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 UNE 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 reçoit une mission de supervision, venant par exemple du district, de la région, ou du niveau central?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 360
351	A quand remonte la dernière visite d'un superviseur 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	Quel est le mode de tarification utilisée ?  SONDER.	TARIFICATION FORFAITAIRE 1 TARIFICATION PAR ACTE 2 LES DEUX 3	→ 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	FICHE DE CONSULTATION	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	GOUTE EPAISSE	1	2
13	AUTRES TESTS DE LABORATOIRE	1	2
14	ARV POUR TRAITEMENT	1	2
15	ARV POUR PTME	1	2
16	ACTES DE CHIRURGIE MINEURE	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 NON.....	1 2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés?  VERIFIER LES TARIFS AFFICHES CONTRE LA LISTE MENTIONNEE A Q362 POUR VOIR SI TOUS LES TARIFS SONT POSTES	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHES OBSERVE, CERTAINS, PAS TOUS LES T	1 2	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les services fournis dans cette structure?  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE APPROPRIEE.	EXEMPTION, GRATUIT..... REDUCTION PAIEMENT DIFFERE SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER.... PAIEMENT EN NATURE..... HYPOTHEQUE AUTRE..... SPECIFIEZ	A B C D E F X	
<b>SOURCES DE REVENUES</b>				
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 20XX-20XX. 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]	GOUVERNEMENT CENTRAL..... GOUVERNEMENT PROVINCIAL..... REGIME DE PROTECTION MEDICALE (ASSURANCE)..... FONDS DE SECURITY SOCIALE..... REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR E  ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR P F  PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANC CONFESSIONNEL..... PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES... AUTRE..... PAS DE FINANCEMENT	A B C D E F G H I X Y	

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

**PERSONNEL**

400	<p>Veillez 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 à cette structure. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne tel que infirmier (e) ou médecin(s) indépendamment des tâches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette structure.</p>			
		(a) ENGAGE OU AFFECTE/APPUI	(b) TEMPS PARTIEL	
		<b>CATEGORIES PROFESSIONNELLES (FAIRE ADAPTER AU PAYS)</b>		
	01	MEDECINS GENERALISTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	02	MEDECINS SPECIALISTES [Y COMPRIS LES ANESTHESISTES ET LES PATHOLOGISTES]	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	03	CHIRURGIENS DENTISTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	04	ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	05	PHARMACIENS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	06	INFIRMIERS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	07	ACCOUCHEUSES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	08	KINESITHERAPEUTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	09	SAGES FEMMES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	10	TECHNICIENS DE LABORATOIRE/BIOLOGISTE MEDICAL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	11	TECHNICIENS DE RADIOLOGIE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	12	NUTRITIONISTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	13	LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	14	ASSISTANTS EN PHARMACIE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	15	TECHNICIENS D'ASSAINISSEMENT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	16	TECHN. BUCCO DENTAIRES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	17	AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## REUNIONS DE GESTION

DIRE AU REpondant QUE CETTE SOUS SECTION COMPRENDRA LA VERIFICATION DES 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 (CODI/CODESA) de la structure ?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 417
411	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED  A quelle fréquence se tiennent ces réunions?	UNE FOIS PAR SEMAINE. .... 0 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/comptes rendus de ces réunions?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 417
413	Est ce je peux voir les proces verbaux/comptes rendus 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 CORRESPONDANT A TOUS LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNES DANS LE RAPPORT.	QUALITE DES DONNEES DU SIS. .... A LA COMPLETUDE DES RAPPORTS DU B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU 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	→ 417
415	Est-ce que la structure a pris une recommandation quelconque 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 action quelconque de suivi en rapport avec les recommandation 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 représentant de la communauté 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 les réunions périodiques entre le personnel de santé et membres de la communauté sont-elles tenues?  A quelle frequence se tiennent ces reunions?	UNE FOIS PAR SEMAINE. .... 0 UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. .... 1 UNE FOIS TOUS LES 2-3 MOIS. .... 2 UNE FOIS TOUS LES 4-6 MOIS. .... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. 4 NSP ..... 8	↳ 430
419	Est-ce que le proces verbal/compte rendu des réunions entre personnel de santé et membres de la communauté est conservé (archivé) ?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 430
420	Puis-je voir les proces verbaux/comptes rendus 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 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 recueillir les opinions des patients.  ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ETCSONDER: PAS D'AUTRES METHODES?	BOITE A SUGGESTION. .... A ENQUETE DE SATISFACTION. .... 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/COMMUN/H AUTRE _____ X NSP. .... Z	→ 440
432	Est-ce que les opinions des patients sont-elles analysées?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP. .... 8	→ 440
433	Puis-je voir le rapport d'analyse des opinions des patients?	OBSERVE. .... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2 DISCUSSION VERBALE SEULEMENT ... 3	

## ASSURANCE QUALITE

DIRE AU REpondant QUE CETTE SOUS SECTION COMPRENDRA LA CONSULTATION DES 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 en état de fonctionnement ou d'un véhicule quelconque, qui stationne dans la structure même, et qui part de là pour le transport en urgence des patients ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 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 en état de fonctionnement un véhicule quelconque, qui est stationné ou qui part d'une autre structure, pour le transport en urgence des patients?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 460
453	Est-ce qu'il y a du carburant disponible aujourd'hui? ACCEPTER UNE 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'ENQUETE AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires (SNIS)?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation des rapports contenant des informations sanitaires?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 464
462	A quelle fréquence ces rapports sont-ils compilés?	UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 0 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	Quel est le poste de cette personne?  INSISTEZ POUR CONNAITRE LE POSTE	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SNIS. .... 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE. . 2 AUTRE PRESTATAIRE. .... 3	

## STATISTIQUES SANITAIRES

DIRE AU REpondant 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 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP. .... 9998	
472	Combien de patients ont été vus en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants?	# DE VISITES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP. .... 9998	

## SECTION 5: TRAITEMENT DES INSTRUMENTS METALLIQUES POUR LA REUTILISATION

EMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE OU LES INSTRUMENTS METALLIQUES SONT STERILISES POUR LA REUTILISATION IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET COMMENCER L'INTERVIEW.

500	<b>VERIFIEZ Q201</b> EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS / INSTRUMENTS SONT STERILISES DANS CETTE STRUCTURE ?	NON (CODE 3 ENCERCLE) <input type="checkbox"/>				
	OUI <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>				
	(CODES 1 OU 2 ENCERCLES)					
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS SI-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?"					
	<b>METHODE</b>	(A) UTILISE ET DISPONIBLE OBSERVE    RAPPORTE, PAS VU    PAS UTILISE				
		(B) FONCTIONNEL OUI    NON    NSP				
01	AUTOCLAVE ELECTRIQUE (PRESSION ET CHALEUR HUMIDE)	1 → b    2 → b    3 ↘ 2 ↘				
02	AUTOCLAVE NON ELECTRIQUE (PRESSION & CHALEUR HUMIDE)	1 → b    2 → b    3 ↘ 3 ↘				
03	STERILISATEUR A CHALEUR SECHE (POUPINEL)	1 → b    2 → b    3 ↘ 4 ↘				
04	BOUILLIERE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR (PAS A PRESSION)	1 → b    2 → b    3 ↘ 5 ↘				
05	CASSEROLE NON ELECTRIQUE/AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1    2    3				
06	SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (RECHAUD OU CUISINIERE)	1 → b    2 → b    3 ↘ 7 ↘				
07	MINUTERIE AUTOMATIQUE (ELLE PEUT ETRE SUR L'APPAREIL)	1 → b    2 → b    3 ↘ 8 ↘				
08	BANDETTES INDIQUANT QUE LE PROCESSUS EST COMPLET	1    2    3				
09	PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DESINFECTION A HAUT NIVEAU (DHN) CHIMIQUE	1    2    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) BOUILLIR	(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 UTILIS 2 → 503
B	Temperature (centigrade)	TEMPERATURE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE ... 666 NSP ..... 998	TEMPERATURE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE ... 666 NSP ..... 998			
C	Pression	PRESS- ION AUTOMATIQUE 666 → 1E NSP ..... 998 → 1E				
D	Unités de pression	UNITES DE PRESSION: KG/CM CARRE ... 1 PRESSION ATM ... 2 KILOPASCAL ... 3 IF THE SAME ROOM/ARMILLIMETRE HG ... 4 NSP ..... 8				
E	Quelle est la durée en minutes quand les instruments ne sont pas enveloppés dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ ..... 995 NSP ..... 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP .. 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ... 998
F	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave?	MINUTES ENVELOPPEES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ ..... 995 NSP ..... 998				
G	Désinfectant utilisé					ALCOOL ..... 01 BETADINE ..... 02 CHLORINE ..... 03 CIDEX ..... 04 FORMALDEHYD 05 GLUTERALDEH 06 NSP ..... 98
503	Est-ce cette structure dispose des normes et directives sur la sterilisation des instruments metalliques?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ SECTION SUIVANTE		
504	Puis je voir les normes et directives sur la sterilisation instruments ?  LES NORMES ET 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 BIO-MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

### GESTION DES DECHETS BIO-MEDICAUX

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSABLE 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 finale utilisée dans cette FOSA pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies)?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p><b>ATTENTION!</b></p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES LES REPONSES <b>02 - 10</b>, SE PASSE EN DEHORS DE LA FOSA, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ELIMINER HORS DE LA FOSA"</p>	<p><b>COMBUSTION DANS INCINERATEUR :</b>                  2 FOURS ELECTRIQUES (800-1000+°C).....02                  UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. ....03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION..... 04                  DANS TROU OU SOL PROTÉGÉ/FUT ..... 05</p> <p><b>JETTER SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION..... 06                  DANS FOSSE OU LATRINE COUVERTE.....07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION.....08                  DANS TROU OU SUR SOL PROTEGE ..... 09                  ENFOUISSEMENT ..... 10</p> <p><b>ELIMINER HORS DE LA FOSA</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT.....11                  STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE..... 12                  STOCKAGE NON PROTEGE .....13</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96                  (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS . .95</p>	
601	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets médicaux autres que les objets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux?</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 - 10</b>, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ELIMINER HORS DE LA FOSA"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS01</p> <p><b>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR:</b>                  2-FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C).....02                  1-UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT.....03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION..... 04                  DANS TROU OU SOL PROTÉGÉ/FUT..... 05</p> <p><b>JETTER SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION..... 06                  DANS FOSSE OU LATRINE COUVERTE.....07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION..... 08                  DANS TROU OU SUR SOL PROTEGE ..... 09                  ENFOUISSEMENT ..... 10</p> <p><b>ELIMINER HORS DE LA FOSA</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT.....11                  STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE..... 12                  STOCKAGE NON PROTEGE..... 13</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 FOSA (TOUT CODE AUTRE QUE "95"ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA FOSA <input type="checkbox"/> → 604                  (CODE "95" ENCERCLE)</p>	604
603	<p>DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA FOSA POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI CES DECHETS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA FOSA, OBSERVER LE SITE OU ILS SONT STOCKES AVANT LE RAMASSAGE                  SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '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	<b>VERIFIEZ Q601.</b> ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA FOSA (N'IMPORTE QUEL CODE DE "2 A 96" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA FOSA (CODE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 606
605	DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA FOSA POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES SI CES DECHETS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA FOSA, OBSERVER LE SITE OU ILS SONT STOCKE AVANT LE RAMASSAGE.  SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.	PAS DE DECHETS VISIBLES. .... 1 DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE ..... 2 DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE ..... 3 DECHARGE PAS INSPECTEE ..... 8	
606	<b>VERIFIEZ Q600 ET Q601</b> UTULISATION D' INCINERATEUR <input type="checkbox"/> (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) ↓	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 fonctionne aujourd'hui? IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSER ACCEPTER REPONSE RAPPORTEE PAR UN REpondant INFORME	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 610
609	Est-ce que le carburant/combustible est disponible aujourd'hui? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
610	Est-ce que vous avez les normes et directives de gestion des déchets médicaux qui sont disponibles dans ce service ?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 620
611	Puis-je les voir ?	OBSERVEES. .... 1 RAPPORTEES , PAS VUES ..... 2	
<b>TOILETTE DES PATIENTS</b>			
620	Est-ce qu'il y a une toilette (latrine) en etat de fonctionnement qui est disponible pour l'utilisation des patients en consultation externe ?  COCHEZ LE CODE QUI CORRESPOND	DES TOILETTES A CHASSE D'EAU CONNECTEES A :  UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11 UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12 DES LATRINES A FOSSE ..... 13 AILLEURS ..... 14 INCONNUE / PAS SURE / NSP ..... 15  FOSSÉ/LATRINES : VENTILEES AMELIOREES..... 21 FOSSE AVEC DALLE ..... 22 FOSSE SANS DALLE ..... 23 TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31 SEAU/TINETTE ..... 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ..... 51 PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61	

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

A CE STADE, DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LA SALLE DE CONSULTAION GENERALE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE DANS CE SERVICE, SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

### MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

700	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans ce service et s'ils fonctionnent.  DEMANDER A VOIR LE MATERIEL.	(A) DISPONIBLE			(B) EN ETAT DE FONCTIONNEMENT		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE/BALANCE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 ↵ 2 ↵	1	2	8
02	PESE ENFANT/BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]	1 → b	2 → b	3 ↵ 3 ↵	1	2	8
03	PESE BEBE/BALANCE POUR BEBE [GRADUATION 100g]	1 → b	2 → b	3 ↵ 4 ↵	1	2	8
04	TOISE POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3 ↵ 5 ↵	1	2	8
05	METRE RUBAN [POUR CIRCONFERENCE DE LA TETE]	1	2	3 ↵ 6 ↵			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 ↵ 7 ↵	1	2	8
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 ↵ 8 ↵	1	2	8
08	TENSIOMETRE NUMERIQUE (ELECTRONIQUE)	1 → b	2 → b	3 ↵ 9 ↵	1	2	8
09	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 ↵ 10 ↵	1	2	8
10	SOURCE DE LUMIERE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3 ↵ 11 ↵	1	2	8
11	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3 ↵ 12 ↵	1	2	8
12	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3 ↵ 13 ↵	1	2	8
13	NEBULISATEUR	1 → b	2 → b	3 ↵ 14 ↵	1	2	8
14	CHAMBRE D'INHALATION	1	2	3 ↵ 15 ↵			
15	DEBITMETRES	1 → b	2 → b	3 ↵ 16 ↵	1	2	8
16	SATUROMETRE	1 → b	2 → b	3 ↵ 17 ↵	1	2	8
17	CONCENTRATEURS (EXTRACTEURS) D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 ↵ 18 ↵	1	2	8
18	BOUTEILLE D'OXYGENE REMPLIE	1 → b	2 → b	3 ↵ 19 ↵	1	2	8
19	CANULE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 ↵ 20 ↵	1	2	8
20	KITS DE PERFUSION-POUR ADULTE	1	2	3 ↵ 21 ↵			
21	KITS DE PERFUSION - POUR ENFANT	1	2	3 ↵ 710 ↵			

## SALLE DE CONSULTATION EXTERNE

A CE STADE, DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE SERVICE DE CONSULTATION GENERALE.  
OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATIONS SE DEROULENT INDIQUER SI LES ELEMENTS SUIVANTS  
SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS

710	<b>MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>	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	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0,5%]	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	DIRECTIVES, NORMES ET PROTOCOLES POUR LES MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
711	DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITE VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITE..... 4		
LIEU D'ATTENTE				
720	Est-ce qu'il y a un endroit d'attente pour les patients où ils <u><b>sont protégés contre le soleil et la pluie?</b></u>  DEMANDEZ A VOIR LE LIEU D'ATTENTE. QUI DOIT ETRE LE LIEU D'ATTENTE DANS LE SERVICE DE CONSULATION GENERALE	OUI ..... 1 PAS D'ENDROIT PROTÉGÉ ..... 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 ALLER A LA SECTION OU AU LIEU DE SERVICE SUIVANT(E)
-----	---	---

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE LABORATOIRE PRINCIPAL 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 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	<b>(a)</b> UTILISÉ	<b>(b)</b> EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?	<b>(c)</b> Est-ce que le materiel est en etat de fonctionnement?
		OUI    NON	OBSERVÉ    RAPPORTÉ PAS VU    PAS DISPONIBLE	OUI    NON    NSP
01	Analyseur d'hématologie (pour comptage lymphocytaire total, la formule sanguine complète, comptage plaquettaire, etc.)	1→b    2↘ 02↙	1 → c    2→c    3 02↘	1    2    8
02	HemoCues	1→b    2↘ 04↙	1 → c    2→c    3 04↘	1    2    8
03	Microcuvettes (avec une date d'expiration valide)		1    2    3	
04	Hemoglobinomètre (Colorimètre ou Spectrophotomètre)	1→b    2↘ 07↙	2→c    3 07↘	1    2    8
05	Solution de Drabkin / Acide choridrique 1 N (pour colorimètre et hémoglobinomètre)		1    2    3	
06	Pipette (pour mesurer le volume du sang)	1→b    2↘ 07↙	1    2    3	
07	Papier litmus pour test d'hémoglobine (avec date d'expiration valide)	1→b    2↘ 8 ↙	1    2    3	
803	Est-ce qu'on fait le comptage des CD4 dans cette structure ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 806	
804	Veuillez SVP me dire si: 1) Ces tests ou équipements pour le comptage de CD4 est utilisé dans la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	<b>(a)</b> UTILISÉ	<b>(b)</b> EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?	<b>(c)</b> Est-ce que le materiel est en etat de fonctionnement non expire
		OUI    NON	OBSERVE    RAPPORT PAS VU    PAS DISPONIBLE	OUI    NON    NSP
01	Cytometre (ex.: appareil de comptage FACS)	1→b    2↘ 03↙	1 → c    2 →c    3 03↘	1    2    8
02	Reactif pour le cytomètre		1 → c    2 →c    3 03↘	1    2    8
03	Analyseur a cartouche fluorescent/ Analyseur PIMA	1→b    2↘ 05↙	1 → c    2 →c    3 05↘	1    2    8
04	Cartouche pour l'analyseur fluorescent		1 → c    2 →c    3 05↘	1    2    8
05	Pipette de test rapide CD4	1→b    2↘ 806↙	1 → c    2 →c    3 806↘	1    2    8

**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 ..... 1 NON ..... 2	→ 827		
807	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 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 ..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE ..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU ..... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI ..... 4			
809	Est-ce qu'on utilise dans ce service, un papier filtre pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage du VIH?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811		
810	Puis-je voir un exemplaire de papier filtre pour le prelevement? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE ..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE ..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU ..... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI ..... 4			
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 ou bien les tests sont valides	<b>(a)</b> TEST FAIT	<b>(b)</b> EST-CE QUE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBILITE?	<b>(c)</b> EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL OU LE TEST VALIDE?	
		OUI   NON	OBSERVÉ   RAPPORTÉ PAS VU   PAS DISPONIBLE	OUI   NON   NSP	
		01	Test du VIH avec ELISA	1→b 2 06↙	
		02	Scanner/lecteur ELISA/EIA	1→b 2 06↙	1 → c   2 → c   3 03↙
		03	Nettoyeur pour scanner/lecteur ELISA (Nettoyeur manuel acceptable)		1 → c   2 → c   3 04↙
		04	Test ELISA (ex.: ENZYGNOST, VIRONO-STIKA, MUREX...)		1 → c   2 → c   3 05↙
		05	INCUBATEUR	1→b 2 06↙	1 → c   2 → c   3 06↙
		06	Réactif Dynabeads avec mixeur vortex	1→b 2 07↙	1 → c   2 → c   3 07↙
		07	Test Western Blot	1→b 2 08↙	1   2   3
		08	PCR pour analyse de la charge virale [réaction de polymérisation en chaîne (PCR)]	1→b 2 09↙	1 → c   2 → c   3 09↙
09	PCR pour ADN-EID	1→b 2 812↙	1 → c   2 → c   3 812↙		
812	Y-a t-il des directives ou normes écrites pour executer un test VIH (cela pourrait être les instructions du fabricant, les procedures d'opération standardds (POS), etc.)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 814		
813	Puis-je voir les directives, les instructions, POS?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2			

814	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 816
815	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	
816	Est-ce qu'il y a d'autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 817a
817	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	
818	Est-ce qu'il y a un système établi pour un contrôle de qualité <b>externe</b> pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 823
819	Quel système de contrôle de qualité externe, est utilisé?  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 ?	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?	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 VOUS NE PAS, DEMANDER AU REPONDEUR DE VOUS LES MONTRER

827	<b>MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</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 (SOLUTION HYDROALCOLIQUE)	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 JETABLES EN LATEX	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%]	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	DIRECTIVES NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

## BIOCHIMIE

830	Est-ce qu'on fait un test quelconque de glycémie dans cette structure ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 832	
831	Veuillez SVP me dire si: <b>a)</b> Les équipements suivant d'analyse de glucose sont utilisés dans cette structure <b>b)</b> L'équipement est disponible, et <b>c)</b> L'équipement est en état de fonctionnement	<b>(a)</b> UTILISÉ	<b>(b)</b> EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?	<b>(c)</b> EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?
01		OUI   NON	OBSERVÉ   RAPPORTÉ PAS VU   PAS DISPONIBLE	OUI   NON   NSP
02		1 → b   2 ↘ 832 ↙	1 → c   2 → c   3 ↘ 832 ↙	1   2   8
01	Glucometre	1 → b   2 ↘ 832 ↙	1 → c   2 → c   3 ↘ 832 ↙	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 analyses de la <b>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?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 836	
834	Puis-je voir l'analyseur biochimique sanguin ?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2		
835	Est-ce que l'analyseur biochimique sanguin est en état de fonctionnement? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTÉE	OUI ..... 1 NON ..... 2		
836	Est-ce que dans cette structure on fait un test biochimique quelconque 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 ici, ici et sont disponibles aujourd'hui;	<b>(A) UTILISÉ</b>	<b>(B) OBSERVÉ DISPONIBLE</b>	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI
01		OUI   NON	OBSERVÉ   RAPPORTÉ PAS VU	3
02		1 → b   2 ↘ 02 ↙	1   2	3
03		1 → b   2 ↘ 838 ↙	1   2	3
01	Des bandelettes réactives pour la recherche de protéines urinaires (avec une date d'expiration valide)	1 → b   2 ↘ 02 ↙	1   2	3
02	Des bandelettes réactives pour la recherche de glucose urinaire (avec date d'expiration valide)	1 → b   2 ↘ 03 ↙	1   2	3
03	Test de grossesse (avec date d'expiration valide)	1 → b   2 ↘ 838 ↙	1   2	3
838	Est-ce qu'il vous arrive d'envoyer des prélèvements de sang ou d'urine 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 OBSERVÉ, CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE	<b>(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ HORS DE LA STRUCTURE</b>	<b>(B) DOCUMENT DES RESULTATS DES TESTS OBSERVÉ</b>	
01		OUI   NON	OUI   NON	
01		1 → b   2 ↘ 02 ↙	1   2	
02		1 → b   2 ↘ 03 ↙	1   2	
03		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 disponibles, et c) Les équipements sont fonctionnels	(a)		(b)			(c)		
		EQUIPEMENT/TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	MICROSCOPE OPTIQUE	1 → b	2 ↙ 02	1 → c	2 → c	3 ↙ 02	1	2	8
02	MICROSCOPE ELECTRONIQUE	1 → b	2 ↙ 03	1 → c	2 → c	3 ↙ 03	1	2	8
03	REFRIGERATEUR DANS LE LABORATOIRE	1 → b	2 ↙ 04	1 → c	2 → c	3 ↙ 04	1	2	8
04	INCUBATEUR	1 → b	2 ↙ 05	1 → c	2 → c	3 ↙ 05	1	2	8
05	TUBES A ESSAI / EPROUVETTES	1 → b	2 ↙ 06	1	2	3			
06	CENTRIFUGEUSE POUR LA MICROBIOLOGIE DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN (LCR)	1 → b	2 ↙ 07	1 → c	2 → c	3 ↙ 7	1	2	8
07	MILIEU DE CULTURE CELLULAIRE	1 → b	2 ↙ 08	1	2	3			
08	LAMELLES EN VERRE ET COUVERCLES	1 → b	2 ↙ 841	1	2	3			
841	Est-ce que cette structure réalise des tests de diagnostic du paludisme ?	OUI. .... 1 NON. .... 2						→ 848	
842	Est-ce que les Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour diagnostiquer le paludisme sont utilisés dans ce service ?	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 AUCUN DISPONIBLE AUJOURD'HUI. .... 4							
844	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LE TYPE OU LA MARQUE DU KIT DE TDR DU PALUDISME  SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	SD BIOLINE. .... A FIRST RESPONSE. .... B PARACHEK. .... C PARAHIT. .... D ICT. .... E CARE START. .... F AUTRE _____ X  (SPECIFIEZ)							
845	Est-ce que vous possédez 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 le voir	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2							
847	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants pour le paludisme est utilisé dans la structure 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	(a)		(b)					
		EQUIPEMENT/TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?					
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI			
		01	COLORANT DE GIEMSA	1 → b	2 ↙ 02	1			
02	COLORANT DE FIELD	1 → b	2 ↙ 03	1	2	3			
03	COLORANT ACRIDINE ORANGE	1 → b	2 ↙ 848	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.	(a) UTILISÉ		(b) EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI
01	Le violet de Crystal or le violet Gentiane	1 → b	2 ↘ 02 ↙	1	2	3
02	Solution de Lugol	1 → b	2 ↘ 03 ↙	1	2	3
03	Alcool-acetone ou Acetone	1 → b	2 ↘ 04 ↙	1	2	3
04	Colorant vital rouge, fuchsine phéniquée, or autre contre colorant	1 → b	2 ↘ 848 ↙	1	2	3
850	Est-ce qu'il vous arrive d'envoyer des prélèvements hors de la structure pour une coloration de Gram, une coloration à l'encre de Chine, un test du paludisme ou pour une culture?		OUI..... 1 NON..... 2			→ 852
851	INDIQUEZ 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		B) DOCUMENT DE RESULTATS DE TESTOBSERVÉ	
			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 fait l' <b>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.	(a) UTILISÉ		(b) EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI
01	Solution saline (pour la méthode de concentration)	1 → b	2 ↘ 02 ↙	1	2	3
02	Solution saline (pour la microscopie directe)	1 → b	2 ↘ 03 ↙	1	2	3
03	Solution d'iode de Lugol	1 → b	2 ↘ 854 ↙	1	2	3

## SYPHILIS

854	Est-ce qu'on fait dans cette structure des test sur la syphilis?	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 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI ..... 4		
857	En plus du TDR de la syphilis, est-ce cette structure fait d'autres tests 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 cette structure b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles c) L'équipement est en état de fonctionnement	<b>(a)</b> TEST FAIT	<b>(b)</b> EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?	<b>(c)</b> EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?
		OUI    NON	OBSERVÉ    RAPPORTÉ PAS VU    PAS DISPONIBLE	OUI    NON    NSP
01	VDRL	1 → b    2 ↘ 02 ↙	1            2            3	
02	PCR pour ISTs (CTN)	1 → b    2 ↘ 03 ↙	1            2            3	
03	Rotateur		1 → c    2 → c    3 ↘ 04 ↙	1            2            3
04	RPR (Rapid plasma reagin test)	1 → b    2 ↘ 05 ↙	1            2            3 ↘ 05 ↙	
05	Treponema Pallidium Assay (TPHA)	1 → b    2 ↘ 859 ↙	1            2            3 ↘ 859 ↙	

## CHLAMYDIA

859	Est-ce qu'on fait dans cette structure un test quelconque sur le Chlamydia?	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	<b>(a)</b> TEST FAIT	<b>(b)</b> EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?
		OUI    NON	OBSERVÉ    RAPPORTÉ PAS VU    PAS DISPONIBLE
01	Coloration de Geimsa	1 → b    2 ↘ 02 ↙	1            2            3
02	PCR pour CHLAMYDIA	1 → b    2 ↘ 861 ↙	1            2            3

## TUBERCULOSE

861	Est-ce qu'on fait des tests sur la <b>tuberculose</b> dans cette structure ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 865	
862	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur la TBC est utilisé dans la structure 2) Tous les éléments nécessaires pour les tests sont disponibles. 3) Les équipements sont en état de fonctionnement	(a) EQUIPEMENT/ TEST UTILISÉ  OUI    NON  OBSERVÉ    RAPPORTÉ PAS VU    NORMALLEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	(b) EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?  OUI    NON    NSP	(c) EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?  OUI    NON    NSP
01	Test de Ziehl-Neelson pour BAAR (bacilles acido-alcool-résistants)	1 → b    2 ↘ 05 ↘		
02	Carbol Fuchsine (fuchsine phéniquée)	1 → b    2 ↘ 03 ↘		
03	Acide sulphurique (concentration 20-25%) ou acide d'alcool	1 → b    2 ↘ 04 ↘		
04	Bleu de méthylène	1 → b    2 ↘ 05 ↘		
05	Microscope à fluorescence (MF)	1 → b    2 ↘ 06 ↘		
06	Milieu de culture cellulaire (par exemple, système MGIT 960)	1 → b    2 ↘ 07 ↘		
07	Capuche/cagoule de biosécurité	1 → b    2 ↘ 08 ↘		
08	Colorant uramine pour le microscope a fluorescent	1 → b    2 ↘ 09 ↘		
*09	Chloramine	1 → b    2 ↘ 10 ↘		
*10	Permanganate	1 → b    2 ↘ 863 ↘		
863	Est-ce que dans ce laboratoire, on utilise des tests rapide de diagnostic de la TB telque le GeneXpert?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 865	
864	Puis-je le voir ?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UNE CARTOUCHE ET UN DILUANT SONT VALIDES	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU .... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI .... 4		
865	Est-ce qu'il y 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. .... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI .... 4		
867	Est-ce que vous envoyez des échantillons de crachats en dehors de la structure pour le diagnostic de la TB?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 870	
868	Est-ce qu'il y a un document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 870	
869	Puis-je voir le document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2		
870	Est-ce qu'il existe un système de contrôle de qualité (soit interne ou externe) pour les analyses de crachat effectuées dans ce laboratoire?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 880	
871	Veuillez me dire SVP quel type de pratique de contrôle de qualité est suivi dans cette structure ?  SONDER POUR SAVOIR QUEL TYPE DE CONTRÔLE QUALITE EST UTILISE.	CQ INTERNE SEULEMENT. .... 01 CQ EXTERNE SEULEMENT. .... 02 CQ INTERNE & EXTERNE ..... 03 ENVOI DE LAMES POUR LA RELECTURE (CONTRÔLE). .... 04 AUTRE ..... 96  (SPECIFIEZ)		

872	Est-ce qu'il y a des documents sur les résultats des contrôles qualité (interne ou externe)?	OUI.....1 NON.....2	→ 880
873	Est-ce que ces documents de contrôle de qualité (CQ interne, CQ externe ou les deux) sont conservés dans la structure?	DOCUMENTS SUR CQI SEULEMENT.....1 DOCUMENTS SUR CQE SEULEMENT.....2 DOCUMENTS SUR LES DEUX.....3	

## IMAGERIE DE DIAGNOSTIQUE

880	Est-ce qu'on fait des diagnostics par radiographie, par Echographie ou par CT Scan avec ordinateur dans cette structure ? SI OUI, DEMANDER A ALLER LÀ OÙ SE TROUVENT LES EQUIPEMENTS ET POSER DES QUESTIONS A LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET.	OUI.....1 NON.....2	
<b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←			

881	Veuillez 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	(a) EQUIPEMENT UTILISÉ		(b) EQUIPEMENT DISPONIBLE			(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	APPAREIL DE RADIOGRAPHIE NUMERIQUE	1 → b	2 ↘ 02 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 02 ↙	1	2	8
02	APPAREIL DE RADIOGRAPHIE	1 → b	2 ↘ 04 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 03 ↙	1	2	8
03	FILM POUR RADIOGRAPHIE NON PERIME			1 → c	2 → c	3 ↘ 04 ↙			
04	ECHOGRAPHIE	1 → b	2 ↘ 05 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 05 ↙	1	2	8
05	CT SCAN (TOMODENSITOMETRE)	1 → b	2 ↘ 06 ↙	1 → c	2 → c	3 ↘ 06 ↙	1	2	8
06	IRM		2 ↘ SECTION SUIVANTE	1 → c	2 → c	3 ↘ ALLER A LA SECTION SUIVANTE	1	2	8

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

## 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 UN AUTRE SERVICE <input type="checkbox"/>
------------	---	--

### SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

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

Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocké 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?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)					
01	AMOXICILLINE COMPRIME/CAPSULE (Infections bactériennes chez les adultes)	1	2	3	4	5
02	AMOXICILLINE SIROP/SUSPENSION/DISPERCIBLE (Antibiotique oral pour enfant)	1	2	3	4	5
03	AMOXICILINE/CLAVULINATE (AUGMENTIN) COMPRIMES (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
04	AMPICILLINE (POUDRE) INJECTION (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
05	AZITHROMYCINE COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
06	AZITHROMYCINE SIROP/SUSPENSION (antibiotique)	1	2	3	4	5
07	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE (POUDRE) POUR INJECTION	1	2	3	4	5
08	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	DOXYCLYCLINE [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/amibicide/antiprotozoaire]	1	2	3	4	5
18	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED	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	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
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 charge des maladies non transmissibles sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIEZ 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	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
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	GLUBENCLAMIDE (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
#	ASPIRINE CASPSULE/COMPRIMES	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 ?  VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	FLUCONAZOLE	1	2	3	4	5
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 ?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
01	ARTEMETHER-LUMEFRANTINE [Coartem 20mg/120mg]	1	2	3	4	5
02	ARTEMETHER-LUMEFRANTINE [Coartem 40mg/240mg]	1	2	3	4	5
03	ARTEMETHER-LUMEFRANTINE [Coartem 60mg/360mg]	1	2	3	4	5
04	ARTEMETHER-LUMEFRANTINE [Coartem 80mg/360mg]	1	2	3	4	5
10	FANSIDAR [SULFADOXINE + PYRIMETHAMINE]	1	2	3	4	5
11	QUININE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
12	QUININE INJECTION	1	2	3	4	5
13	ARTESUNATE INJECTABLE	1	2	3	4	5
14	ARTESUNATE SUPPOSITORES	1	2	3	4	5
15	AUTRE MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME	1	2	3	4	5

## SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la <b>santé maternelle</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
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 (CYTOTEC)	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	1	2	3	4	5
11	COMPRIMES DE ZINC	1	2	3	4	5
12	CHLORHEXIDINE 7,1 %	1	2	3	4	5

## SOLUTES INTRAVEINEUX

907	Est-ce que les liquides intraveineux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)					
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

## MÉDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

908	Est-ce que les <b>AUTRES médicaments</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?  VERIFIEZ 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	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	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 & MÉDICAMENTS GÉNÉRAUX

909	OBSERVEZ L'ENDROIT OÙ LES MÉDICAMENTS QUI ONT ÉTÉ ÉVALUÉS SONT STOCKÉS ET INDIQUEZ L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS SONT PROTÉGÉS CONTRE L'EAU ?	1	2
03	EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS SONT PROTÉGÉS CONTRE LE SOLEIL ?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIÈCE EST SANS TRACE DE LA PRÉSENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE DE STOCKAGE EST BIEN AÉRÉÉ?	1	2
910	EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS SONT ENTREPOSÉS SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier à être périmé", "le premier à sortir")?	OUI, TOUS LES MÉDICAMENTS. . . . . 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MÉDICAMENTS. . . . . 2 NON. . . . . 3 OUI, TOUS LES MÉDICAMENTS ONT LA MÊME DATE D'EXPIRATION. . . . . 4	
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?  DEMANDEZ À VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTREZ CE QUI EST OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT . . . . . 1 REGISTRE DE STOCKS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT. . . . . 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS. . . . . 3 REGISTRE DE STOCKS PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MÉDICAMENTS DISTRIBUÉS. . . . . 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)	

## MATÉRIELS

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-BLOQUANTES	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 À BASE D'ALCOOL	1	2	3
06	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS	1	2	3
07	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3
08	MOUSTIQUAIRES IMPREGNÉES	1	2	3

## SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

<b>920</b>	<b>VERIFIEZ Q212</b>  PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE (RESPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ)  ALLER A LA SOUS SECTION 9.3				
<b>921</b>	Est-ce que les <b>PRODUITS CONTRACEPTIF</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?  VERIFIEZ 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	PAS DISPONIBLE 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 FEMININS	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 OU METHODE DES JOURS FIXES )	1	2	3	4	5
<b>CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS</b>						
<b>922</b>	OBSERVEZ L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDIQUEZ L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES	OUI	NON			
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRES ?	1	2			
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT PROTEGES CONTRE L'EAU ?	1	2			
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT PROTEGES CONTRE LE SOLEIL ?	1	2			
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2			
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?	1	2			
<b>923</b>	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être périmé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. .... 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. .... 2 NON. .... 3				
<b>924</b>	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?  DEMANDEZ A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTREZ CE QUI EST OBSERVE	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT. ... 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS À JOUR QUOTIDIEN 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 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)				
<b>925</b>	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  REMERCIEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE PF ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT.				

### SECTION 9.3: MEDICAMENTS ANTI-TUBERCULEUX

<b>930</b>	<b>VERIFIEZ Q214</b>  ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>	ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>  ALLER A LA SOUS SECTION 9.4 <input type="checkbox"/>
------------	--	---

931	Est-ce que les antituberculeux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	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	OBSERVEZ 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 SUR LES PALETTES / ARMOIRE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT PROTEGES CONTRE L'EAU ?	1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT PROTEGES CONTRE LE SOLEIL ?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?	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?  DEMANDEZ A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTREZ CE QUI EST OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT. ... 1 REGISTRE DE STOCK MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT..... 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS. .... 3 REGISTRE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. .... 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)

<b>935</b>	L' INTERVIEW A PRESETEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/>  ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES . SUIVANT <input type="checkbox"/>	L' INTERVIEW A PRESETEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE TBC <input type="checkbox"/>  REMERCIEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE TBC ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. <input type="checkbox"/>
------------	---	---

## SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

940	<b>VERIFIEZ Q216</b>  ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)		ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (RESPONSE 2 NON ENCERCLÉ)  ALLER A UN AUTRE SERVICE			
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 ? VERIFIEZ 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	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) SIROP	1	2	3	4	5
03	ABACAIR (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 ? VERIFIEZ 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	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	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 ? VERIFIEZ 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	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	LOPINAVIR (LPV)	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
07	FOSAMPRENAVIR (FPV)	1	2	3	4	5
08	TIPRANAVIR (TPV)	1	2	3	4	5
09	DARUNAVIR (DRV)	1	2	3	4	5

944	Est-ce que les ARV suivants, du type Inhibiteur de <b>Fusion</b> ou ARV Combinés sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) NON OBSERVE		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ENFUVIDITE (T-20)	1	2	3	4	5
02	STAVUDINE + LAMIVUDINE [D4T + 3TC]	1	2	3	4	5
03	STAVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [D4T + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
04	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE [AZT + 3TC]	1	2	3	4	5
05	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + ABACAVIR [AZT + 3TC + ABC]	1	2	3	4	5
06	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	OBSERVEZ L'ENDROIT OU LES ARV SONT STOCKES ET INDIQUEZ L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES ARV SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES ARV SONT PROTEGES CONTRE L'EAU ?	1	2
03	EST-CE QUE LES ARV SONT PROTEGES CONTRE LE 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 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 OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT. . . 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QUOTIDIEN 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE DES ARV DISTRIBUÉS. .... 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES ARV DISTRIBUÉS. .... 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)	
948	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/>  ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ←	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE ARV <input type="checkbox"/>  REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE ARV ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ←	

## MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

### SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS

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

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OU LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS LA STRUCTURE . IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSEZ 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 , et combien de jours par mois dans la communauté.				
	<b>SERVICE DE VACCINATION INFANTILE</b> (UTILISEZ UN 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 style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
02	Vaccination Polio	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
03	Vaccination Rougeole (VAR)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
04	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
1002	Est-ce que les directives/protocoles/nores nationales en matière de vaccination infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2	→ 1004	
1003	Puis-je les voir ?	OBSERVEES RAPPORTEES, PAS VUES.....	1 2	→ 1006	
1004	Y a-t-il d'autres types de normes/directives en matière de vaccination infantile qui sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2	→ 1006	
1005	Puis-je les voir ?	OBSERVEES RAPPORTEES, PAS VUES.....	1 2		
1006	DEMANDEZ 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)	1	2	3	
03	Registre de vaccination	1	2	3	
1007	Est-ce que cette structure conserve habituellement ses vaccins, ou bien les fait chercher auprès d'une autre structure où ces vaccins lui sont livrés quand les services sont fournis?	CONSERVE LES VACCINS..... SE RAVITAILLE AILLEURS.....	1 2	→ 1014	
1008	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES VACCINS SONT CONSERVES. DEMANDER A VOIR LE REFRIGERATEUR.	REFRIGERATEUR OBSERVE..... REFRIGERATEUR PAS OBSERVE.....	1 2	→ 1014	

1009	Avez-vous une feuille de température ( un graphique de suivi de la chaîne de froid)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1012					
1010	Puis-je le voir?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	→ 1012					
1011	VERIFIEZ SI LE GRAPHIQUE DE SUIVI DE LA TEMPERATURE A ETÉ REMPLI DEUX FOIS PAR JOUR, CHAQUE JOUR, AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, Y COMPRIS LE WEEK-END ET LES JOURS FERIÉS	OUI, REMPLI ..... 1 NON, PAS REMPLI ..... 2						
1012	S'il vous plaît, dites-moi si chacun des vaccins suivants est disponible aujourd'hui dans la structure . Si oui, je voudrais le voir. SI C'EST DISPONIBLE, VERIFIEZ SI AU MOINS UN EST VALIDE(NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ					
		AU MOINS UN VALIDE	AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ETÉ 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		
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 PAS DE THERMOMETRE ..... 5						
1014	Combien de glacières/boîtes isothermes avez-vous?  DEMANDEZ A VOIR LES GLACIERES. UNE REPONSE RAPPORTÉE PAR UN REpondant INFORME EST ACCEPTABLE	UN. .... 1 DEUX OU PLUS..... 2 AUCUN..... 3	→ 1050					
1015	Combien d'accumulateur de froid ou des des paquets de glace avez-vous? DEMANDEZ A VOIR LES briquettes LES RESPONSES RAPPORTEES SONT ACCEPTABLES ATTENTION: 4-5 ACCUMULATEUR FONT UN LOT.	UN LOT. .... 1 DEUX OU PLUS..... 2 UTILISATION DE LA GLACE ACHETEE PLUTOT. 3 PAS D'ACCUMULATEUR. .... 4						

## PRECAUTIONS DE BASE

1050	<p>VISITEZ LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETE VISITE, INDIQUEZ DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ETE ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES (Q710).....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES CURATIFS (Q1250).....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL (Q1350).....</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN (Q1450).....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME (Q1550).....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE (Q1650).....</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>SERVICES IST.....</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE.....</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE.....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT.....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES (Q710).....	11	SOINS INFANTILES CURATIFS (Q1250).....	13	PLANNING FAMILIAL (Q1350).....	14	CPN (Q1450).....	15	PTME (Q1550).....	16	MATERNITE (Q1650).....	17	SERVICES IST.....	18	TUBERCULOSE.....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22	CHIRURGIE MINEURE.....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
CONSULTATIONS GENERALES (Q710).....	11																										
SOINS INFANTILES CURATIFS (Q1250).....	13																										
PLANNING FAMILIAL (Q1350).....	14																										
CPN (Q1450).....	15																										
PTME (Q1550).....	16																										
MATERNITE (Q1650).....	17																										
SERVICES IST.....	18																										
TUBERCULOSE.....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22																										
CHIRURGIE MINEURE.....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										

	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0.5 %]	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

1052	<p>DECRIVEZ L'ENVIRONNEMENT DES SERVICES DE VACCINATION DES ENFANTS.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE.....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITE VISUELLE SEULEMENT.....</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITE.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITE VISUELLE SEULEMENT.....	3	PAS D'INTIMITE.....	4	
SALLE SEPARÉE.....	1										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE.....	2										
INTIMITE VISUELLE SEULEMENT.....	3										
PAS D'INTIMITE.....	4										

REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.

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

1100	<b>VERIFIEZ Q102.02</b> SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/> SECTION/ SERVICE SUIVANT(E) ←
------	--	---

DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS  
 IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE.  
 SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSEZ 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 offerts 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 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	# DE JOURS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 00=PAS DE SERVICES

1102	Est-ce que vous avez des directives/normes pour le suivi de la croissance de l'enfant qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI .....1 NON ..... 2	→ 1104
------	---	---------------------------	--------

1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ .....1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2
------	-------------------	--

1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250g )	1 → b	2 → b	3 02 <input type="checkbox"/>	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR BEBE (GRADUATION 100g )	1 → b	2 → b	3 03 <input type="checkbox"/>	1	2	8
03	TOISE	1 → b	2 → b	3 04 <input type="checkbox"/>	1	2	8
04	METRE RUBAN [POUR PERIMETRE BRACHIAL]	1	2	3 05 <input type="checkbox"/>			
05	COURBES DE CROISSANCE / CARTE DE CPS	1	2	3 06 <input type="checkbox"/>			

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: SOINS CURATIFS INFANTILES

<b>1200</b>	<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"/>			
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES. IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES. SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
<b>1201</b>	Veuillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont offerts 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.  UTILISEZ 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 / SITE DES SOINS COMMUNAUTAIRES		
<b>01</b>	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades	# DE JOURS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
<b>1202</b>	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, offrent les services suivants	OUI	NON		
<b>01</b>	DIAGNOSTIQUENT ET/OU TRAIENT LA MALNUTRITION INFANTILE	1	2		
<b>02</b>	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	1	2		
<b>03</b>	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN FER	1	2		
<b>04</b>	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN ZINC	1	2		
<b>1203</b>	Est-ce que les prestataires de services de prise en charge des enfants malades suivent les directives/normes de la PCIME dans les prestations de services aux enfants de moins de 5 ans?	OUI..... 1 NON..... 2			
<b>1204</b>	Est-ce que les <b>directives/normes 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		
<b>1205</b>	Puis-je les voir?	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2	→ 1208		
<b>1206</b>	Est-ce que d'autres directives/normes pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1208		
<b>1207</b>	Puis-je les voir ?	OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2			
<b>1208</b>	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, DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITES AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1210		
<b>1209</b>	OBSERVEZ SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE DEMANDEZ :  Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ?	ACTIVITÉ OBSERVEE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
<b>01</b>	Pesée de l'enfant	1	2	3	8
<b>02</b>	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme	1	2	3	8
<b>03</b>	Prise de la température de l'enfant	1	2	3	8
<b>04</b>	Verification du carnet de vaccination	1	2	3	8
<b>05</b>	Causerie éducative	1	2	3	8
<b>06</b>	Administration des antipyrétiques et/ou pose d'un linge mouillé pour réduire la température du corps	1	2	3	8
<b>07</b>	Triage des enfants malades, c'est-à-dire donner priorité a ceux qui sont plus gravement malades	1	2	3	8

1210	Je voudrais savoir si les éléments suivant existent dans ce service et sont fonctionnels. Je voudrais aussi les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250 gr)	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR BEBE (GRADUATION 100 gr)	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05	Un chronomètre ou une montre affichant les secondes (minuteur)	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	Tasse et cuillère	1	2	3			
09	Paquets ou sachets 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	(A) DISPONIBLE		PAS DISPONIBLE			
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU				
01	Fiches de la PCIME	1	2	3			
02	Cartes conseil sur la PCIME ( carte d'information des mères sur la PCIME)	1	2	3			
03	Autres supports visuels pour éduquer les gardiennes d'enfant	1	2	3			
*04	Livret de tableaux cliniques/ordinogramme	1	2	3			
*05	Fiche de réhydratation	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/ fiche de consultation)	OUI..... 1 NON ..... 2			1250		
1213	Puis-je voir un exemplaire vierge?	OBSERVE RAPPORTE, PAS VU..... 2		1			

## PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITEZ LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETE VISITE, INDIQUEZ DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ETE ENREGISTREES.</p>	<p>CONSULTATIONS GENERALES..... 11                  VACCINATION INFANTILE 12                  PLANNING FAMILIAL..... 14                  CPN..... 15                  PTME..... 16                  MATERNITE..... 17                  SERVICES IST..... 18                  TUBERCULOSE..... 19                  COUNSELING ET DEPISTAGE VIH..... 21                  MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22                  CHIRURGIE MINEURE..... 23                  PAS VISITE AVANT..... 31</p>	SERVICE SUIVANTE 
------	--	---	----------------------

1251	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0.5%]	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

1252	DECRIVEZ L'ENVIRONNEMENT DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES	<p>SALLE SEPARÉE..... 1                  AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE..... 2                  INTIMITE VISUELLE SEULEMENT..... 3                  PAS D'INTIMITE..... 4</p>
------	---	---

REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.

## 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				

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE .  
IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PF.  
SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.

1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure ?  UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td></tr> </table>			

	Est-ce que cette structure fournit (c'est-à-dire, stocke les produits), <b>prescrit, conseille ou réfère</b> les clientes pour l'une 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
07	DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)/ STERILET	1	2	3
08	IMPLANT	1	2	3
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULES DU LENDEMAIN)	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (SUIVI DU CYCLE PAR LA METHODE ABSTINENCE RYTHMIQUE/COLLIER)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR LA CONTINENCE PERIODIQUE		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/normes nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1305
1304	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	→ 1307
1305	Est-ce ce que d'autres directives/normes en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1307
1306	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTES, PAS VUES. .... 2	
1307	Est-ce des fiches ou des cartes individuelles des clients de PF sont conservées dans ce service ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1309
1308	Puis-je les voir ?	OBSERVÉE ..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. .... 2	

1309	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED observations ou paramètres sont systématiquement relevés chez les clients de PF avant de faire la consultation? SI OUI, DEMANDEZ 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, DEMANDEZ: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP	
01	Pesée des clientes	1	2	3	8	
02	Prise de la tension	1	2	3	8	
03	Causerie éducative (de groupe)	1	2	3	8	
1311	Dans ce service est-ce que les prestataires diagnostiquent et traitent systématiquement les IST, ou est-ce que les patients IST sont référés vers un autre prestataire dans cette structure ou vers une autre structure pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAITENT SYSTEMAT IST. .... 1 DIAGNOSTIQUENT MAIS REFERENT POUR TRAITEMENT . 2 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE PR DIAGN ET TRAITEMENT 3 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE POUR DIAGN ET TRAITEMENT 4 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAITEMENT/REFERENCE. .... 5				
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 TDR pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4				

### 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 OK)	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. FLIP, CHARTS, DEPLIANTS]	1	2	3			
08	MODELE POUR DEMONSTRER L'INSERTION DU DIU	1	2	3			
09	MODELE POUR DEMONSTRER L'UTILISATION DU CONDOM	1	2	3			

1315	<b>VERIFIEZ Q1302.07 &amp; Q1302.08.</b> (REPONSE "1" ENCERCLEE)      DIU OU IMPLANT FOURNI DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	NI DIU NI IMPLANT <input type="checkbox"/>			→ 1321
DEMANDEZ A ALLER DANS LA SALLE OU A L'ENDROIT OU LES DIU ET/OU LES IMPLANTS SONT INSERES OU RETIRES					
1316	Veillez me montrer les éléments suivants pour l'insertion du DIU ou des implants:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	GANTS STERILES	1	2	3	
02	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3	
03	PINCES EN COEUR	1	2	3	
04	TAMPON DE GAZE OU COTON STERILE	1	2	3	
1317	<b>VERIFIEZ Q1302.07</b> (REPONSE "1" ENCERCLEE)      DIU <input type="checkbox"/>	DIU PAS Fourni dans la structure <input type="checkbox"/>			→ 1319
1318	Veillez SVP me montrer les éléments suivants pour la pose/l'insertion du DIU:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	SPECULUM VAGINAL- PETIT	1	2	3	
02	SPECULUM VAGINAL- MOYEN	1	2	3	
03	SPECULUM VAGINAL- LARGE	1	2	3	
04	PINCE UTERINE DE POZZI/ PINCE A COL	1	2	3	
05	SONDE UTERINE / HYSTEROMETRE	1	2	3	
1319	<b>VERIFIEZ Q1302.08.</b> (REPONSE "1" ENCERCLEE)      IMPLANT FOURNI DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	IMPLANT PAS RNI DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>			→ 1321
1320	Veillez me montrer les éléments suivants pour la pose/de l'implant.	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	ANESTHESIAN LOCAL	1	2	3	
02	SERINGUES ET AIGUILLES STERILES	1	2	3	
03	CANULE ET TROCART POUR INSERER L'IMPLANT	1	2	3	
04	PAQUET D'IMPLANT SCELLÉ	1	2	3	
05	BISTOURI	1	2	3	
06	KIT DE PETITE CHIRURGIE (PAR EX., PINCE ARTERIELLE)	1	2	3	
1321	Où le matériel, tel que les speculums ou les pinces, déjà utilisé pour la fourniture de services en PF, est-il 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 TREMPE DANS UNE AUTRE SOLUTION ANTISEPTIQUE F			

## PRECAUTIONS DE BASE

1350	VISITEZ LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUEZ LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION INFANTILE ..... 12 SOINS CURATIFS INFANTILES ..... 13 CPN ..... 15 PTME ..... 16 MATERNITE ..... 17 IST ..... 18 TUBERCULOSE ..... 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. .... 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES ..... 22 CHIRURGIE MINEURE ..... 23 PAS VISITE AVANT ..... 31	SERVICE/SECTION SUIVANT ↓
------	---	--	------------------------------

	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DSIPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0.5%]	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

1352	DECRIVEZ L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE DES SERVICES DE PF	SALLE SEPARÉE ..... 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE ..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT ..... 3 PAS D'INTIMITÉ ..... 4	
------	---	--	--

1353	<b>VERIFIEZ Q212</b> CONTRACEPTIFS PAS STOCKÉS OU STOCKÉS AILLEURS ( <b>REONSE 1 PAS ENCERCLÉE</b> ) <input type="checkbox"/>	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REONSE 1 ENCERCLÉE) <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.



1407	Comme partie intégrante des CPN, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux femmes enceintes	OUI	NON
01	CONSEILS A FAIRE AU MOINS 4 CPN POUR CHAQUE GROSSESSE	1	2
02	CONSEILS SUR LA PREPARATION DE LA NAISSANCE ET DE L'ACCOUCHEMENT	1	2
03	CONSEILS SUR LE PLANNING FAMILIAL(TOUTES LES FEMMES)	1	2
04	CONSEILS SUR LE VIH/SIDA	1	2
05	CONSEILS SUR LE PALUDISME ET L'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE POUR SE PROTEGER DES PIQUES DES MOUSTIQUES	1	2
06	CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	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 les femmes enceintes atteintes d'IST sont référées à un autre prestataire ou une autre structure pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAITENT SYSTEMAT IST. .... 1 DIAGNOSTIQUENT MAIS REFERENT POUR TRAITEMENT . 2 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE PR DIAGN ET 3 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE POUR DIAGN ET TR.4 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAIEMENT/REFERENCE. .... 5	
1409	Est-ce que les directives/normes nationales pour les CPN sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1411
1410	Puis-je les voir ?  ACCEPTABLE SI INCLUES DANS D'AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	→ 1413
1411	Est-ce que d'autres types de directives/normes 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/normes 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 femmes enceintes, 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-clients individuelles pour les CPN ou CPoN sont conservées dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1419
1418	Puis-je les voir?	OBSERVÉE ..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. .... 2	
1419	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel les observations ou les paramètres des femmes enceintes sont systématiquement relevés avant la CPN?  SI OUI, DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OÙ CES ACTIVITÉS SE DEROULENT.	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1421

1420	OBSERVEZ POUR VOIR SI LES ACTIVITÉS CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI UNE ACTIVITÉ N'EST PAS OBSERVÉE, DEMANDEZ: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes en CPN?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée des femmes enceintes	1	2	3	8
02	Prise de la tension	1	2	3	8
03	Causerie éducative	1	2	3	8
04	Test d'albumine	1	2	3	8
05	Test d'anémie	1	2	3	8
06	Diagnostique rapide du paludisme	1	2	3	8
07	Conseil et dépistage du VIH (CDV) chez la femme enceinte	1	2	3	8
08	Prise de la taille	1	2	3	8

### EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN

1421	Je voudrais savoir si ces 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 FŒTAL	1→b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
06	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1→b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8
07	TABLE GYNECOLOGIQUE OU LIT DE CONSULTATION	1	2	3			
08	METRE RUBAN	1	2	3			
1422	Veuillez me dire si les médicaments / intrants suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTEE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	COMPRIMÉS DE FER	1	2	3	4	5	
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
04	SP / FANSIDAR POUR TRAITEMENT INTERMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5	
05	VACCIN ANTITETANIQUE	1	2	3	4	5	

## PRECAUTIONS DE BASE

1450	<p>VISITEZ 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.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUEZ LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES .....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE .....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS CURATIF INFANTILES</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PF</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>PTME .....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE .....</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>IST .....</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE .....</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. ....</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE .....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT .....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES .....	11	VACCINATION INFANTILE .....	12	SOINS CURATIF INFANTILES	13	PF	14	PTME .....	16	MATERNITE .....	17	IST .....	18	TUBERCULOSE .....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. ....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....	22	CHIRURGIE MINEURE .....	23	PAS VISITE AVANT .....	31	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             S E C T I O N S U I V A N T         </div>
CONSULTATIONS GENERALES .....	11																										
VACCINATION INFANTILE .....	12																										
SOINS CURATIF INFANTILES	13																										
PF	14																										
PTME .....	16																										
MATERNITE .....	17																										
IST .....	18																										
TUBERCULOSE .....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. ....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....	22																										
CHIRURGIE MINEURE .....	23																										
PAS VISITE AVANT .....	31																										
1451	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</b>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DSIPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0.5%]	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																							
1452	DECRIVEZ L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE DES SERVICES DE CPN	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE .....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE .....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ .....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE .....	1	SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE .....	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ .....	4																	
SALLE SEPARÉE .....	1																										
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 DE LA 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 COMMENCEZ 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 MIEUX INFORMÉE SUR LES SERVICES DE PTME.  
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

	Comme éléments faisant partie des services de PTME, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux clientes	OUI	NON
01	FOURNISSENT AUX FEMMES ENCEINTES DES CONSEILS SUR LE VIH ET UN DEPISTAGE	1	2
02	EFFECTUENT UN DEPISTAGE DES NOUVEAUX-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
03	METTENT LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES SOUS PROPHYLAXIE ARV	1	2
04	METTENT LES NOUVEAUX-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE SOUS PROPHYLAXIE ARV	1	2
05	FOURNISSENT DES CONSEILS POUR L'ALIMENTATION DES BEBES ET ENFANTS POUR LA PTME	1	2
06	FOURNISSENT DES CONSEILS SUR LA NUTRITION POUR LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET LEURS ENFANTS	1	2
07	FOURNISSENT DES 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 FOURNI LES SERVICES DE CPN?	OUI, C'EST LE SERVICE DE CPN. .... 1 NON, C'EST UN ENDROIT DIFFERENT. .... 2	→ 1506
1504	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1506
1505	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	

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?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	
1509	Est-ce que les directives/normes nationales en matière de PTME sont disponibles dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1511
1510	Puis-je les voir?  PEUT ETRE UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	→ 1513
1511	Est-ce que d'autres types de directives/normes 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 pour le counseling sur l'alimentation du bébé et de l'enfant sont disponibles dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1515

1514	Puis-je les voir PEUT FAIRE PARTI D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2					
1515	Est-ce que dans ce service, vous stockez des ARV pour la PTME?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1550				
1516	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) PAS OBSERVÉ				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTEE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ 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		EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
07		TENOFOVIR 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
12	LAMIVUDINE (3TC)+EFAVIRENZ (EFV) + TENOFOVIR (TDF)	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 REPODANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDICHER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION INFANTILE ..... 12 SOINS INFANTILES ..... 13 PLANNING FAMILIAL ..... 14 CPN ..... 15 MATERNITE ..... 17 SERVICES IST ..... 18 TUBERCULOSE ..... 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH ..... 21 MALDIES NON TRANSMISSIBLES ..... 22 CHIRURGIE MINEURE ..... 23 PAS VISITÉ AVANT ..... 31	S E C T I O N S U I V A N T E	
1551	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</b>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DSIPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0.5%, ...]	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

1552	DEMANDER A VOIR LE LIEU OU ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME.	SALLE SEPARÉE.....	1	
		SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	
	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA PIECE OU L'ENDROIT.	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 CONSULTATIONS POST NATALES

1600	<b>VERIFIEZ Q102.07</b> OFFRE DES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU CPoN <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU CPoN <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
------	--	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT PAR VOIX BASSE.  
 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 fournir ces services? Je me referre specifiquement aux medecins, assistants medicaux, infirmiers et sage femme superieurs, infirmiers et sage femme diplomes. A ADAPTER SELON LE SYSTEME DU PAYS	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 1604
1602	Est-ce qu'il y a un tableau de permanence/horaire de garde, 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

		(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA STRUCTURE			(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS		
		OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP
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						
01	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'ANTIBIOTIQUES (IV OU IM)	1→ b	2 02↙	8 02↙	1	2	8
02	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE DE D'UN OXYTOCIQUE (IV OU IM)	1→ b	2 03↙	8 03↙	1	2	8
03	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'UN ANTICONVULSANT POUR TROUBLES HYPERTENSIVES DE LA GROSSESSE (IV OU IM)	1→ b	2 04↙	8 04↙	1	2	8
04	ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE ASSISTE	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 MATIERES RESIDUELLES (AMIU)	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 <b>NOTE: PAS UNE ACTIVITE D'ALERLTE</b>	1→ b	2 09↙	8 09↙	1	2	8
1605	Est-ce que les directives/normes nationales sur les soins obstétricaux d'urgence de base 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/normes 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/normes sur la prise en charge du travail prématuré? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'AUTRES DIRECTIVES.	OUI..... 1 NON ..... 2	→ 1611
1610	Puis-je les 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 intégré dans le principal service (pavillon) des CPoN / maternité ?	OUI, SALLE SEPARÉE ..... 1 NON, INTEGRÉ ..... 2	
1613	Est-ce que prestataires dans cette structure utilisent le partogramme 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, ou de manière sélective (certains cas seulement) 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	
1616	Combien de tables d'accouchements sont disponibles dans ce service ?	# DE TABLES RESERVES AUX ACCOUCHEMENTS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	
1617	Est-ce que cette structure participe à une surveillance régulières de décès maternel (SDMR) et néonatale ou bien sur "les échappés belles"?	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 échappés belles</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" <input type="checkbox"/> ENCERCLEE ↓	REPONSE "3" <input type="checkbox"/> PAS ENCERCLEE →	→ 1622
1621	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité néonatale ou sur les " <u>les échappés belles</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 AVEC CATHETER	1→ b	2 → b	3 ↘ 05 ↙	1	2	8
05	POIRE	1→ b	2 → b	3 ↘ 06 ↙	1	2	8
06	VENTOUSE OBSTETRICALE	1→ b	2 → b	3 ↘ 07 ↙	1	2	8
07	APPAREIL D'ASPIRATION OU KIT DE CURRETAGE	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 FŒTAL	1→ b	2 → b	3 ↘ 13 ↙	1	2	8
13	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1→ b	2 → b	3 ↘ 14 ↙	1	2	8
14	TENSIOMETRE MANUEL	1→ b	2 → b	3 ↘ 15 ↙	1	2	8
15	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	NSP/NON
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT				1	2	8
02	BOITE D'ACCOUCHEMENT				1	2	8
03	FILS DE SUTURE 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	PINCE (LARGE)				1	2	8
10	PINCE (MOYEN)				1	2	8
11	PORTE-COMPRESSES				1	2	8
12	PARTOGRAMME VIERGE				1	2	8

1624	Est-ce que cette structure observe systématiquement les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveaux-nés?	OUI	NON	NSP/NON		
01	Poser le bébé sur le ventre de la mère juste après l'accouchement (Contact 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		
05	Aspiration à l'aide d'un cathéter	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 Vitamine K au nouveau-né	1	2	8		
09	Application de la Tétracycline 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		
12	Donner au nouveau-né la dose zéro du vaccin polio oral (VPO) avant la sortie	1	2	8		
13	Vacciner le nouveau-né au BCG 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	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS DISPONIBLE
01	POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX	1	2	3	4	5
02	ANTIBIOTIQUE INJECTABLE (PAR EX., CEFTRIAXONE)	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) AVEC LE NECESSAIRE A PERFUSION	1	2	3	4	5
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5
08	4% SOLUTION DE CHORHEXIDINE (NETTOYAGE DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5
09	INJECTION A L'HYDRALAZINE	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 en obstétrique font le dépistage du VIH dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1629				
1628	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR du VIH?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI ..... 4					
1629	Est-ce que vous avez des stocks d'ARV pour la PTME, dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1650				
1630	Veuillez me dire si les médicaments antirétroviraux suivants pour la PTME sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) NON OBSERVE				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON / OU JAMAIS 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		EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
07		TENOFOVIR 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
12	LAMIVUDINE (3TC)+EFAVIRENZ (EFV) + TENOFOVIR (TDF)	1	2	3	4	5	

## PRECAUTIONS DE BASE

1650	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDICHER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES . . . . .</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE . . . . .</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES . . . . .</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL . . . . .</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN . . . . .</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME . . . . .</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>SERVICES IST . . . . .</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE . . . . .</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH . . . . .</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MALDIES NON TRANSMISSIBLES . . . . .</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE . . . . .</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITÉ AVANT . . . . .</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES . . . . .	11	VACCINATION INFANTILE . . . . .	12	SOINS INFANTILES . . . . .	13	PLANNING FAMILIAL . . . . .	14	CPN . . . . .	15	PTME . . . . .	16	SERVICES IST . . . . .	18	TUBERCULOSE . . . . .	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH . . . . .	21	MALDIES NON TRANSMISSIBLES . . . . .	22	CHIRURGIE MINEURE . . . . .	23	PAS VISITÉ AVANT . . . . .	31	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">SECTION/SERVICE SUIVANTE</div>
CONSULTATIONS GENERALES . . . . .	11																										
VACCINATION INFANTILE . . . . .	12																										
SOINS INFANTILES . . . . .	13																										
PLANNING FAMILIAL . . . . .	14																										
CPN . . . . .	15																										
PTME . . . . .	16																										
SERVICES IST . . . . .	18																										
TUBERCULOSE . . . . .	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH . . . . .	21																										
MALDIES NON TRANSMISSIBLES . . . . .	22																										
CHIRURGIE MINEURE . . . . .	23																										
PAS VISITÉ AVANT . . . . .	31																										
1651	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVE	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	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0,5%]	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																							
1652	<p>DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA PIECE OU 'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE . . . . .</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE . . . . .</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITE VISUELLE SEULEMENT . . . . .</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITE . . . . .</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE . . . . .	1	SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE . . . . .	2	INTIMITE VISUELLE SEULEMENT . . . . .	3	PAS D'INTIMITE . . . . .	4																	
SALLE SEPARÉE . . . . .	1																										
SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE . . . . .	2																										
INTIMITE VISUELLE SEULEMENT . . . . .	3																										
PAS D'INTIMITE . . . . .	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> OFFRE DE SERVICES POUR LE PALUDISME	PAS D'OFFRE 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 de prise en charge du paludisme sont disponibles dans votre structure ? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; 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 soit par microscopie soit par tests rapides?	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 echantillon du kit TDR du paludisme?  VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3 AUCUN DISPONIBLE AUJOURD'HUI..... 4
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT  TDR DU PALUDISME  SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	SD BIOLINE..... A FIRST RESPONSE..... B PARACHECK..... C PARAHIT..... D ICT..... E CARE START..... F AUTRE..... X (SPECIFIEZ)
1708	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, une affiche ou autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 1710
1709	Puis-je le voir	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/normes 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 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2
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> OFFRE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU L'ON OFFRE LES SERVICES IST. IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR L'OFFRE DES SERVICES IST. PRESENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.		
1801	Combien de jours par mois les services IST sont disponibles dans cette structure ? [UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULERLE NOMBRE DES JOURS]	JOURS/MOIS ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" 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 diagnostic 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	VERIFIEZ Q1802 ET Q1804 REPONSE "1"ENCERCLEE DANS SOIT Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q1802 NI Q1804 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT
1806	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ce service leur est fourni dans ce lieu.	OUI ..... 1 NON..... 2 → 1810
1807	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont systématiquement référés pour un counseling ou un dépistage du VIH, ou bien ils le sont seulement quand ils sont suspectés d'être infectés par le VIH?	SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT.....1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE HIV ..... 2
1808	Est-ce que les prestataires en IST font le dépistage 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 AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI ..... 4
1810	Est-ce que les directives/normes nationales pour le diagnostic et le traitement des IST sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON..... 2 → 1812
1811	Puis je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2 → 1814
1812	Est-ce qu'il y a d'autres types de directives/normes 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 (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 individuelles ou un carnet de santé individuel, vierge ou pas.	OBSERVÉE ..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE ..... 2			
1818	DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE COUNSELING OU DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.				
	<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 ou autre support visuels 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>INFORMATION 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 ALES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPONDANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉVISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>CONSULTATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION INFANTILE ..... 12 SOINS INFANTILES..... 13 PLANNING FAMILIAL ..... 14 CPN..... 15 PTME.....16 MATERNITE..... 17 TUBERCULOSE .....19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH ..... 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22 CHIRURGIE MINEURE.....23 PAS VISITE AVANT..... 31</p>	<p>SECTION SUIVANTE/SERVICE</p>	
1851	<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	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0,5% ...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOCANTES	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
1852	<p>DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES IST</p>	<p>SALLE SEPARÉE..... 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 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> OFFRE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
------	---	---

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 TBC.  
 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 style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" 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.	EXAMEN DES CRACHATS SEULEMENT ... 1 RADIOGRAPHIE SEULEMENT ..... 2 SOIT EXAMEN CRACHATS SOIT RADIO. ... 3 A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO 4 SYMPTOMES CLINIQUES SEULEMENT. ... 5	
1904	Est-ce que les prestataires réfèrent des patients en dehors de la structure pour le diagnostic de la TBC?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1908
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 le voir ?  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 contre 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?  SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE	TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 2MOIS, SUIVI 4MOIS. .... 1 TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 6MOIS. .... 2 SUIVI APRES 2 MOIS DE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE EFFECTUE AILLEURS. . 3 DIAGNOSTIQUE ET TRAITÉ LE PATIENT HOSPITALISE REFERE AILLEURS POUR SUIVI. .... 4 TRAITEMENT COMPLET SANS FAIRE LE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE ..... 5 DIAGNOSTIQUE, PRESCRIT/FOURNIT DES MEDICAMENTS SEULEMENT PAS DE SUIVI. .... 6 DIAGNOSTIC SEULEMENT, PAS DE TRAITEMENT OU DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS. .... 7	

1910	<b>VERIFIEZ Q1902 AND Q1908</b>	PAS DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <input type="checkbox"/>	
	DIAGNOSTIC OU <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←	
1911	Est-ce qu'il existe un système pour dépister le VIH chez les patients qui viennent pour la TBC?	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? IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED D'UN REGISTRE	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVE ..... 1 SYSTEME OU 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 AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE ..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE ..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI ..... 4	
1915	Est-ce que les directives/normes 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/normes 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/normes sur le traitement de la TMR 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 ENCERCLEES <input type="checkbox"/>	REPONSES 1, 3 OU 4 PAS ENCERCLEES <input type="checkbox"/>	1924
1922	Est-ce que vous avez dans ce service des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1924
1923	Puis-je en voir un?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI ..... 3	
1924	Avez-vous des directives/normes pour le contrôle de l'infection à la tuberculose dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1950
1925	Puis-je en voir un?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	

## PRECAUTIONS DE BASE

1950	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. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION 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	SECTION/SERVICE SUIVANT ↓	
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	SOLUTION HYDRALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0,5%, ...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1952	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES DE TBC	SALLE SEPARÉE ..... 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE ..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT ..... 3 PAS D'INTIMITÉ ..... 4		
1953	<b>VERIFIEZ Q214</b> ANTI-TUBERCULEUX STOCKES AILLEURS OU OU PAS STOCKES ( <b>REponse 1 PAS ENCERCLEE</b> )	ANTITUBERCULEUX STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC (REponse 1 ENCERCLEE)	<input type="checkbox"/> → 931	
REMERCIEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

## SECTION 20: DEPISTAGE DU VIH

2000	<b>VERIFIEZ Q102.11</b> OFFRE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON OFFRE 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 offert dans la structure ? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DES JOURS..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
2002	Quand un prestataire voudrait qu'un patient fasse le dépistage du VIH, ou bien quand le patient accepte de faire le test, quelle est la procedure 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 LABO. ... B 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> OFFRE DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE DEPISTAGE 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 AU MOINS UN EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3 PAS DISPONIBLE AUJORD'HUI ..... 4	
2005	Est-ce qu'il existe de dossier/fiche/carte individuelle pour les patients qui reçoivent des prestations dans ce service? (par ex., un carnet de santé). Cela inclus 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 ..... 2	→2007
2006	Puis-je voir un exemplaire de dossier de malade?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	
2007	Est-ce que les directives/normes nationales sur le counseling et le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→2009
2008	Puis-je les voir	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	→2011
2009	Est-ce que d'autres types de directives/normes 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 cette structure a accès à la prophylaxie post-exposition contre le VIH?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
2012	Est-ce que des directives/normes écrites pour la prophylaxie post-exposition sont disponibles dans ce service?  PEUT FAIRE PARTI 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> PRELEVEMENT DE SANG DANS LE SERVICE ("A" OU "B" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE PRELEVEMENT DE SANG DANS SERVICE (NI "A" NI "B" NI "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	2052

## PRECAUTIONS DE BASE

2050	<p>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 REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>CONSULTATIONS GENERALES ..... 11</p> <p>VACCINATION INFANTILE ..... 12</p> <p>SOINS INFANTILES ..... 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL ..... 14</p> <p>CPN ..... 15</p> <p>PTME ..... 16</p> <p>MATERNITE ..... 17</p> <p>IST ..... 18</p> <p>TUBERCULOSE ..... 19</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES ..... 22</p> <p>CHIRURGIE MINEURE ..... 23</p> <p>PAS VISITE AVANT ..... 31</p>	→2053	
2051	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>	<b>OBSERVE</b>	<b>RAPPORTE PAS VU</b>	<b>PAS DISPONIBLE</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	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 [SOLUTION CHLOREE 0,5%,...]	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
2052	<p>DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SE FAIT LE COUNSELLING ET DEPISTAGE DU VIH</p>	<p>SALLE SEPARÉE ..... 1</p> <p>SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE ..... 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT ..... 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ ..... 4</p>		
2053	<p>Est-ce que des condoms à donner aux patients qui reçoivent des services de counseling et de dépistage du VIH, sont disponibles dans ce service?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>		→2055
2054	<p>Puis-je voir quelques condoms?</p>	<p>OBSERVÉS, AU MOINS UN VALIDE ..... 1</p> <p>OBSERVÉS, AUCUN VALIDE ..... 2</p> <p>RAPPORTÉS DISPONIBLE, PAS VUS ..... 3</p> <p>PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI ..... 4</p>		
2055	<p><b>VERIFIEZ Q2002</b></p> <p>DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (NI "E" NI "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p> <p>SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←</p>		
2056	<p>Est-ce que cette structure a un accord avec la structure de référence pour les tests, pour que les résultats soient retournés ici, soit directement soit par le patient?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←</p>		
2057	<p>Puis-je voir quelques evidence de cet accord?</p>	<p>OBSERVÉ ..... 1</p> <p>RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2</p> <p>ACCORD VERBAL SEULEMENT ..... 3</p>		
<p>REMERCIEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

## SECTION 21: TRAITEMENT DU VIH

2100	<b>VERIFIEZ Q102.12</b>	PAS DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/>
	TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>

DEMANDER A VOIR L'ENDOIT OU ON FOURNIT LES SERVICES DE 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 cette structure prescrivent un traitement ARV	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2102
2102	Est-ce que les prestataires de cette structure font le suivi du traitement des personnes sous ARV, y compris la fourniture de services communautaires?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
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"/>	
2104	Est-ce que les <b>Directives/normes Nationales</b> sur le <b>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/normes 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 REFERENCE (BASE) AVANT LE TRAITEMENT ARV

2108	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer s'ils sont faits de façon systématique, de manière sélective ou jamais, avant de mettre un patient sous ARV.				
		TEST DE SITUATION DE REFERENCE EFFECTUÉ DE FACON			
	TEST	SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP
01	Hémoglobine/hématocrite	1	2	3	8
02	Formule sanguine complète (Hemogramme)	1	2	3	8
03	Comptage des cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3	8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3	8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3	8
06	Bilan des fonctions rénales (créatinine sérique, urée et électrolytes)	1	2	3	8
07	Analyse d'urines	1	2	3	8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
09	Test de crachat pour la TBC	1	2	3	8
10	Hépatite B	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8
12	Tout autre test de façon systématique  _____ (SPECIFIER)	1	2	3	8

# TESTS DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ANTI RETROVIRAL (TAR)

2109	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer si <b>un test de suivi</b> est fait systématiquement, de manière sélective ou jamais <b>pendant que le patient est sous TAR (c'est-à-dire pour le suivi)</b>					
		TEST DE SUIVI EFFECTUE DE FACON				
	TEST	SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP	
	01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3	8
	02	Formule sanguine complète (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 la fonction hépatique	1	2	3	8
	09	Test de crachat pour la TBC	1	2	3	8
	10	Hépatite B	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8	
12	Tout autre test de façon systématique _____ (SPECIFIER)	1	2	3	8	

2110	<b>VERIFIEZ Q216</b>	
	ARV STOCKES AILLEURS OU PAS STOCKES <input type="checkbox"/> (REPONSE 1 ou 5 PAS ENCERCLEE)	ARV STOCKES DANS LE SERVICE DE TAR <input type="checkbox"/> (REPONSE 1 ou 5 ENCERCLEE)

941

REMERCIEZ 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 SOUTIEN AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

2200	<b>VERIFIEZ Q102.13</b> OFFRE DE SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX PVVIH	<input type="checkbox"/> ↓	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX PVVIH	<input type="checkbox"/> ←
------	---	-------------------------------	--	-------------------------------

SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON OFFRE LES SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX PVVIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2201	Veuillez SVP me dire si les prestataires de cette structure 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, tel que la gestion des symptômes et 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 l'offre au patient de suppléments nutritionnels	1	2	8
06	Prescrire ou fournir un supplément de protéines enrichies	1	2	8
07	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	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	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 système ou l'evidence d'existence de ce système ?	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVÉ ..... 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTÉ, PAS VU. . . 2		
2204	Est-ce que des directives/normes nationaux 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/normes sur les soins palliatifs sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
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, AU MOINS UN NON EXPIRE ..... 1 OBSERVÉS, TOUS EXPIRE ..... 2 RAPPORTÉS DISPONIBLE , PAS VUS. .... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI ..... 4		

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

## SECTION 23: MALADIES NON TRANSMISSIBLES

2300	<b>VERIFIEZ Q102.14 OFFRE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES</b>	<input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←			
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS QUI ONT DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES OU CHRONIQUES, TELLES QUE LE DIABETE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR L'OFFRE DE TELS SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
<b>DIABETE</b>			
2301	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou traite le <b>diabète</b> ?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT . . . . . 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT . . . . . 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT. . . . . 3 NON . . . . . 4	→ 2310
2302	Est-ce que les <b>directives/normes nationales</b> sur le diagnostic et le traitement du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 2304
2303	Puis-je les voir	OBSERVEES. . . . . 1 RAPPORTEES, PAS VUES. . . . . 2	→ 2310
2304	Est-ce que <b>d'autres types de directives/normes</b> sur le diagnostic et le traitement du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 2310
2305	Puis-je les voir?	OBSERVEES. . . . . 1 RAPPORTEES, PAS VUES. . . . . 2	
<b>MALADIES CARDIO-VASCULAIRES</b>			
2310	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic ou traitent les <b>maladies</b> cardiovasculaires comme l'hypertension?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT . . . . . 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT . . . . . 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT. . . . . 3 NON . . . . . 4	→ 2320
2311	Est-ce que les <b>directives/normes nationales</b> pour le diagnostic et le traitement des maladies cardio-vasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 2313
2312	Puis-je les voir?	OBSERVEES. . . . . 1 RAPPORTEES, PAS VUES. . . . . 2	→ 2320
2313	Est-ce que <b>d'autres types de directives/normes</b> pour le diagnostic et le traitement des maladies cardio-vasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 2320
2314	Puis-je les voir?	OBSERVEES. . . . . 1 RAPPORTEES, PAS VUES. . . . . 2	
<b>MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES</b>			
2320	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou traitent des maladies respiratoires <b>chroniques</b> ?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT . . . . . 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT . . . . . 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT. . . . . 3 NON . . . . . 4	→ 2325
2321	Est-ce que les <b>directives/normes nationales</b> pour le diagnostic et/ou le traitement des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 2323
2322	Puis-je les voir?	OBSERVEES. . . . . 1 RAPPORTEES, PAS VUES. . . . . 2	→ 2325
2323	Est-ce que <b>d'autres types de directives/normes</b> pour le diagnostic et/ou le traitement des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 2325
2324	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN	OBSERVEES. . . . . 1 RAPPORTEES, 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.	SECTION 7 (EQUIPEMENT DE BASE) . . . . . 1 →2350					
		PAS VISITE AVANT. . . . . 2					
2331	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le service general et s'ils sont fonctionnels DEMANDER A VOIR LES EQUIPEMENTS ET MATERIELS	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE/BALANCE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 ] 2 ←	1	2	8
02	PESE ENFANT/BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]	1 → b	2 → b	3 ] 3 ←	1	2	8
03	PESE BEBE/BALANCE POUR BEBE [GRADUATION 100g]	1 → b	2 → b	3 ] 4 ←	1	2	8
04	TOISE POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3 ] 5 ←	1	2	8
05	METRE RUBAN [POUR CIRCONFERENCE DE LA TETE]	1	2	3 ] 6 ←			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 ] 7 ←	1	2	8
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 ] 8 ←	1	2	8
08	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 ] 9 ←	1	2	8
09	TENSIOMETRE MANUEL (ELECTRONIQUE)	1 → b	2 → b	3 ] 10 ←	1	2	8
10	SOURCE DE LUMIERE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3 ] 11 ←	1	2	8
11	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3 ] 12 ←	1	2	8
12	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3 ] 13 ←	1	2	8
13	NEBULISATEUR	1 → b	2 → b	3 ] 14 ←	1	2	8
14	CHAMBRE D'INHALATION	1	2	3 ] 15 ←			
15	DEBITMETRES	1 → b	2 → b	3 ] 16 ←	1	2	8
16	SATUROMETRE	1 → b	2 → b	3 ] 17 ←	1	2	8
17	CONCENTRATEURS (EXTRACTEURS) D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 ] 18 ←	1	2	8
18	BOUTEILLE D'OXYGENE REMPLIE	1 → b	2 → b	3 ] 19 ←	1	2	8
19	CANULE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 ] 20 ←	1	2	8
20	KITS DE PERFUSION-POUR ADULTE	1	2	3 ] 21 ←			
21	KITS DE PERFUSION - POUR ENFANT	1	2	3 ] 2350 ←			

## 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>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CONSULTATIONS GENERALES .....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE .....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES.....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL .....</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN.....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME.....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE.....</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>IST .....</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE .....</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>CHIRURGIE MINEURE.....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT.....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table>	CONSULTATIONS GENERALES .....	11	VACCINATION INFANTILE .....	12	SOINS INFANTILES.....	13	PLANNING FAMILIAL .....	14	CPN.....	15	PTME.....	16	MATERNITE.....	17	IST .....	18	TUBERCULOSE .....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....	21	CHIRURGIE MINEURE.....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
CONSULTATIONS GENERALES .....	11																										
VACCINATION INFANTILE .....	12																										
SOINS INFANTILES.....	13																										
PLANNING FAMILIAL .....	14																										
CPN.....	15																										
PTME.....	16																										
MATERNITE.....	17																										
IST .....	18																										
TUBERCULOSE .....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....	21																										
CHIRURGIE MINEURE.....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										

2351	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	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 JETABLES EN LATEX	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%, ...]	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

2352	<p>DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU S'OFFRE LES SERVICES DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3	PAS D'INTIMITÉ.....	4	
SALLE SEPARÉE.....	1										
SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3										
PAS D'INTIMITÉ.....	4										

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

## SECTION 24: CHIRURGIE MINEURE

2400	<b>VERIFIEZ Q102.15</b> OFFRE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE	PAS DE OFFRE 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 L'OFFRE 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 POSE LES ACTES DE PETITE CHIRURGIE ET A VOIR  
 LES ELEMENTS CI-DESSOUS

2401	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL				
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP		
		01	PORTE-AIGUILLE (SUPPORT D'AIGUILLE)	1 → b	2 → b	3 02 ↓	1	2	8
		02	SCALPEL AVEC LAME (LAME DE BISTOURI)	1 → b	2 → b	3 03 ↓	1	2	8
		03	ECARTEUR (FARABOEUF)	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	GARROT	1 → b	2 → b	3 07 ↓	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 AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE					
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE			
		01	MATERIEL DE SUTURE ABSORBABLE	1	2	3	4	5	
		02	MATERIEL DE SUTURE NON-ABSORBABLE	1	2	3	4	5	
		03	DESINFECTANT DERMIQUE	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/normes sur la Gestion intégrée des urgences et des soins chirurgicaux de base?	OUI ..... 1 NON ..... 2				→ 2450			
2404	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2							

## PRECAUTIONS DE BASE

2450	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. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION 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	SECTION SUIVANTE 	
2451	<b>MESURES DE 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	SOLUTION HYDROALCOOLIQUE	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 JETABLES EN LATEX	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%,...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
2452	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU S'OFFRE LE SERVICE DE PETITE CHIRURGIE	SALLE SEPARÉE..... 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4		
REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.				

## SECTION 25: ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE

2500	<b>VERIFIEZ Q102.16</b> OFFRE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
------	--	--	--

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU L'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 peut 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 une feuille de garde du personnel /permanences qui couvre 24H?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2504
2503	Puis-je le voir?	PERMANENCE OBSERVE ..... 1 PERMANENCE RAPPORTE, PAS VU ..... 2	
2504	Est-ce que la structure dispose d'un anesthésiste ou d'un préposé 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 une feuille de garde du personnel /permanences qui couvre 24H pour l'anesthésiste ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2507
2506	Puis-je le voir?	PERMANENCE OBSERVE ..... 1 PERMANENCE 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	Veillez 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	1 → b	2 → b	3 02 ↘	1	2	8
02		CONNECTEURS (PETIT TUYAU POUR CONNECTER LE TUBE ENDOTRACHEAL)	1 → b	2 → b	3 03 ↘	1	2	8
03		CANULE OROPHARYNGEE (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	1 → b	2 → b	3 10 ↘	1	2	8
10		AIGUILLE SPINALE	1 → b	2 → b	3 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	1	2	8

REMERCIEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.

## SECTION 26: ANALYSE DE GROUPE SANGUIN ET TEST DE COMPATIBILITE

<b>2600</b>	<b>VERIFIEZ Q102.18</b> OFFRE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
-------------	--	---

<b>2601</b>	Veuillez SVP me dire si les réactifs ou les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. je voudrais les voir.  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE
01	Réactif Anti-A	1	2	3	4	5
02	Réactif Anti-B	1	2	3	4	5
03	Réactif Anti-D	1	2	3	4	5
04	Réactif de COOMBS	1	2	3	4	5
05	Réactif Anti-AB	1	2	3	4	5

REMERCIEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.

## SECTION 27: TRANSFUSION SANGUINE

<b>2700</b>	<b>VERIFIEZ Q102.19</b> OFFRE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
-------------	--	--

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

<b>2701</b>	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 FAMILIAL ..... C AUTRES STRUCTURE..... D AUTRE _____ X (SPECIFIER)
<b>2702</b>	Est-ce qu'au cours des 3 derniers mois, une transfusion de sang a t-elle été réalisée dans un contexte obstétrical (cad, pour des soins maternels) dans cette structure?	OUI ..... 1 NON ..... 2

## SECTION 28: DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

2710	Est-ce qu'avant de faire la transfusion, le sang qui est transfusé dans cette structure est dépisté, soit dans la structure même ou en dehors, pour les maladies infectieuses?	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 EXTERN . . 3			
2712	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté, soit dans la structure même ou en dehors, pour l'une des maladies infectieuses suivantes ? SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "souvent", ou "rarement" dépisté?	TOUJOURS	SOUVENT	RAREMENT	NON/NSP
01	VIH	1	2	3	4
02	SYPHILIS	1	2	3	4
03	HEPATITE B	1	2	3	4
04	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED	1	2	3	4
2713	Est-ce qu'on a une fois envoyé les échantillons du sang en dehors de la structure pour le dépistage de l'une des 7 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		(B) DOCUMENTS SUR LES TESTS EXTERNES	
		OUI	NON	OUI	NON
01	VIH	1 → b	2 02 ↙	1	2
02	SYPHILIS	1 → b	2 03 ↙	1	2
03	HEPATITE B	1 → b	2 04 ↙	1	2
04	HEPATITE C	1 → b	2 05 ↙	1	2
05	PALUDISME	1 → b	2 06 ↙	1	2

## SECTION 29: 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 PAS DE CONSERVATION DE SANG ..... 3	→ 2724
2721	Est-ce qu'il existe dans ce service un réfrigérateur ou un congélateur pour la conservation du sang?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2724
2722	Puis-je le voir?	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 PAS DE THERMOMETRE ..... 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

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 PERCES	1	2
05	BANDAGES/DECHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS	1	2
06	<b>MURS:</b> ENDOMMAGÉS	1	2
07	<b>PORTES:</b> 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: