

THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTÉ

Code de la structure:

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

Numéro de SERIE du Prestataire:

--	--

[DU FORMULAIRE LISTANT LE PERSONNEL]

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

--

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

--

Code Enquêteur:

--	--

Nombre d'observations de CPN associés au prestataire

--

Nombre d'observations de PF associés au prestataire

--

Nombre d'observations d'Enfants Malades associés au prestataire

--

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

OUI, PRECEDEMMENT INTERVIEWE

..... 1

NOM&CODE DE LA STRUCTURE

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

→ FIN

NON, PAS INTERVIEWE PRECEDEMMENT

2

LIRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUIVANT

Bonjour. Mon nom est _____. Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une étude pour d'aider le gouvernement à en savoir plus sur les services de sante au [PAYS].

Je vais commencer par vous lire quelques lignes expliquant le but de l'étude.

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

Les informations que vous nous donnez pourront être utilisées par le [AGENCE D'EXECUTION], d'autres institutions ou chercheurs, dans le but d'améliorer la planification des services ou pour des études plus approfondies des services de santé.

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

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

signature de l'enquêteur

				2	0	2	
JOUR			MOIS		ANNÉE		

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

101

Puis-je commencer l'interview maintenant?

OUI..... 1

NON..... 2

→ FIN

1. EDUCATION ET EXPERIENCE

102	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre formation.</p> <p>Au total, combien d'années d'études primaires, secondaires, et supérieures avez-vous complétées?</p>	<p>ANNÉES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
103	<p>Quelle est votre grade/qualification actuelle? Par exemple, êtes-vous un(e) infirmier/infirmière, médecin généraliste ou médecin spécialiste?</p> <p>[la liste sera spécifique au pays - elle doit être suffisamment étendue, éviter le besoin d'inclure « autre »]</p>	<p>MEDECIN GENERALISTE. 01 MEDECIN SPECIALISTE 02 CLINICIEN NON-MEDECIN 03 INFIRMIER(E) DE PROFESSION 05 INFIRMIER(E) A1. 06 SAGE-FEMME DE PROFESSION. 07 SAGE-FEMME A1. 08 INFIRMIER INSCRIT/SAGE-FEMME INSCRIT ... 09 CHERCHEUR EN LABO. 13 TECHNOLOGISTE DE LABO. 14 TECHNICIEN DE LABO/ASSISTANT. 15 ASSISTANT DE LABO. 16 SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE IN 95 AUTRE 96</p>	
104	<p>En quelle année avez-vous terminé cette formation?</p> <p>SI QUALIFICATION NON-TECHNIQUE (103=95), DEMANDEZ: En quelle année avez-vous terminé votre formation de base en vue de l'obtention de votre qualification actuelle?</p>	<p>ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
105	<p>En quelle année avez-vous commencé à travailler dans cette structure?</p>	<p>ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
106	<p>Avez-vous reçu le vaccin contre l'hépatite B?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Combien de doses avez-vous reçues jusqu'à présent?</p>	<p>OUI, UNE DOSE. 1 OUI, 2 DOSES. 2 OUI, 3 DOSES OU PLUS. 3 NON. 4</p>	→ 108
107	<p>Avez-vous été vacciné dans le cadre de votre travail dans cette structure?</p>	<p>OUI. 1 NON. 2</p>	
108	<p>Etes-vous un directeur ou responsable de l'un ou l'autre service clinique?</p>	<p>OUI. 1 NON. 2</p>	

2. FORMATION GÉNÉRALE / PALUDISME /MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

200	<p>Je voudrais vous poser quelques questions sur la formation continue que vous avez reçue en rapport avec votre travail. La formation continue fait référence à la formation que vous avez reçue concernant votre travail depuis que vous avez commencé à travailler. Je vais commencer par quelques sujets généraux. Notez que les sujets de formation que je mentionnerai peuvent avoir été donnés sous formes des formations autonomes, ou faisant partie d'un thème sujet de formation.</p> <p>Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur l'un ou l'autre thème suivant? [LIRE LE THEME]</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Est-ce que cette formation continue ou de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?</p>	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	<p>Les mesures de précaution universelles, telles que l'hygiène des mains, nettoyage et désinfection, gestion de déchets, prévention de piqûres accidentelles dues aux aiguilles de seringue ou de blessures par d'autres objets tranchants, ou bonnes pratiques d'injection?</p>	1	2	3
02	<p>Toute formation spécifique à la sécurité des injections ?</p>	1	2	3
03	<p>Systèmes de Gestion de l'Information Sanitaire ou remplissage des rapports pour n'importe quel service ?</p>	1	2	3
04	<p>La confidentialité et le droit aux pratiques non-discriminatoires pour des personnes vivant avec le VIH/SIDA?</p>	1	2	3
05	<p>Lutte contre l'infection à la tuberculose</p>	1	2	3
06	<p>Gestion intégrée des soins chirurgicaux d'urgence et essentiels</p>	1	2	3

201	VÉRIFIEZ A LA Q103 LE GRADE/LA QUALIFICATION DU PRESTATAIRE		
	CODE 13, 14 OU 15 ou 16 (i.e., EN RAPPORT AVEC LABO) ENCERCLE <input type="checkbox"/>	→ 700	
	CODE 13, 14, 15 OU 16 N'EST PAS ENCERCLE <input type="checkbox"/>		
<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet des prestations que vous fournissez personnellement comme partie de votre fonction actuelle au sein de cette structure et de toute formation continue ou formation de mise à jour liée à ce sujet que vous avez reçue. Rappelez-vous que nous parlons de services que vous fournissez dans le cadre de votre fonction actuelle au sein de cette structure. Les sujets de formation que je mentionnerai peuvent avoir été donnés sous formes des formations autonomes, ou faisant partie d'un thème sujet de formatio</p>			
202	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, fournissez-vous personnellement des services connus sous le nom de « amis des jeunes » conçus pour être adressés aux jeunes ou adolescents ? c.-à-d. ayant pour objectif d'encourager l'utilisation des services chez les jeunes ou adolescents ?	OUI. 1 NON. 2	
203	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets s'adressant spécifiquement aux services réservés aux jeunes ou adolescents, services comme "amis des jeunes" ? Si OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. 3	
PALUDISME			
204	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et / ou traitez personnellement le palu?	OUI. 1 NON. 2	
205	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec le diagnostic et/ traitement du paludisme?	OUI. 1 NON. 2	→207
206	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour axée sur les thèmes suivants [LIRE THEME] Si OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
		NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE	
01	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2 3
02	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2 3
03	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1	2 3
04	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2 3
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2 3
06	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2 3
07	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2 3

DIABÈTE

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

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

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

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

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

3. SERVICES DE SANTE INFANTILE

300	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de vaccination des enfants ?	OUI. 1 NON. 2		
301	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de suivi de la croissance infantile ?	OUI. 1 NON. 2		
302	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de soins curatifs chez les enfants ?	OUI. 1 NON. 2		
303	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec la santé infantile ou les maladies de l'enfance?	OUI. 1 NON. 2	→ 400	
304	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] Si OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	PEV OU SURVEILLANCE DE LA CHAINE DE FROID	1	2	3
02	PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANCE (PCIME)	1	2	3
03	DIAGNOSTIC DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3
04	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1	2	3
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3
06	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	1	2	3
07	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DE LA DIARRHEE	1	2	3
08	CARENCE EN MICRONUTRIMENTS ET/OU EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL	1	2	3
09	ALLAITEMENT AU SEIN	1	2	3
10	ALIMENTATION DE COMPLEMENT CHEZ LES NOURRISSONS	1	2	3
11	VIH/SIDA PEDIATRIQUE	1	2	3
12	TAR PEDIATRIQUE	1	2	3
13	AUTRE SUJET DE FORMATION SUR LA SANTE INFANTILE (PRECISER) _____	1	2	3

4. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

400	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de planification familiale ?	OUI. 1 NON. 2		
401	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets en rapport avec la planification familiale?	OUI. 1 NON. 2	→ 500	
403	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] Si OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	COUNSELING EN GENERAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	1	2	
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DE DIU	1	2	
03	INSERTION ET/OU RETRAIT D'IMPLANTS	1	2	
04	PRATIQUER LA VASECTOMIE	1	2	
05	PRATIQUER LA LIGATURE DES TROMPES	1	2	
06	GESTION CLINIQUE DES METHODES DE PF, Y COMPRIS LA GESTION DES EFFETS SECONDAIRES	1	2	
07	PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES FEMMES INFECTEES AU VIH	1	2	
08	PLANIFICATION FAMILIALE EN POST PARTUM			
09	AUTRE SUJET DE FORMATION RELATIF A LA PF (SPECIFIER) _____	1	2	

5. SERVICES DE SANTE MATERNELLE

CPN - SOINS POSTPARTUM -PTME

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

SERVICES D'ACCOUCHEMENT

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

SERVICES DES SOINS AUX NOUVEAU-NES

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

6. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES - TB - VIH / SIDA

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

600	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des IST?	YES. 1 NO. 2	
601	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux services IST?	YES. 1 NO. 2	→ 603
602	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
		NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE	
01	Diagnostiquer et traiter les infections sexuellement transmissibles (IST)	1	2
02	La prise en charge syndromique des IST	1	2
03	La résistance aux médicaments pour le traitement des IST	1	2

LA TUBERCULOSE

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

SERVICES VIH/SIDA

604	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées aux services VIH. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une formation continue ou une formation de mise à jour y relatif	Fournissez-vous [LIRE SERVICE]?		Avez-vous reçu une formation continue sur [SERVICE] ? SI OUI, derniers 12 mois ou plus?		
	LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	(a)		(b)		
		OUI	NON	OUI, derniers 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMATION
01	Fournir des conseils relatifs au test du VIH	1	2	1	2	3
02	Effectuer le test du VIH	1	2	1	2	3
03	Fournir des services liés à la PTME	1	2	1	2	3
04	Fournir des services de soins palliatifs	1	2	1	2	3
05	Fournir des services de traitement antirétroviral, y compris la prescription, le counseling, ou le suivi	1	2	1	2	3
06	Fournir un traitement préventif des infections opportunistes (IO) comme la tuberculose et la pneumonie	1	2	1	2	3
07	Fournir des soins pédiatriques pour le SIDA	1	2	1	2	3
08	Fournir des soins à domicile pour le VIH/SIDA	1	2	1	2	3
09	Fournir des services de prophylaxie post-exposition (PPE)	1	2	1	2	3

7. SERVICES DE DIAGNOSTIC

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

808	<p>Parmi les diverses choses liées à votre situation de travail que vous voudriez voir améliorées, pouvez-vous me citer les trois choses qui selon vous sont les plus susceptibles d'améliorer votre capacité à fournir des prestations de soins? Classez-les, s'il vous plaît, par ordre d'importance, 1 étant le plus important</p> <p>ENTREZ LA LETTRE CORRESPONDANT A LA 1ERE CHOSE MENTIONNEE DANS LA 1ERE CASE, ET FAIRE DE MEME POUR LA 2EME ET LA 3EME.</p> <p>SI LE PRESTATAIRE MENTIONNE 1 OU 2 ELEMENTS ENTREZ LA LETTRE CORRESPONDANT AU 1ER ELEMENT MENTIONNE DANS LA 1ERE CASE, ET FAIRE DE MEME POUR LA 2EME CASE. METTEZ ENSUITE "Y" DANS LA CASE RESTANTE</p> <p>SEULEMENT NE LAISSEZ VIDE AUCUNE CASE</p> <p>VOUS DEVEZ REMPLIR LES TROIS CASES</p> <p>NE LISEZ PAS LES REPONSES A L'ENQUETE</p>	<p>PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR A</p> <p>PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS B</p> <p>PLUS DE FOURNITURES/STOCK. C</p> <p>ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE D</p> <p>MOINS DE CHARGE DE TRAVAIL (c.à.d. PLUS DE PERSONNEL). . . . E</p> <p>MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL / HORAIRES FLEXIBLES. F</p> <p>PLUS D'ENCOURAGEMENTS/ INCITATIONS (SALAIRE, PROMOTION, VACANCES). G</p> <p>TRANSPORT POUR PATIENTS REFERES. H</p> <p>FOURNIR DES ANTIRETROVIRAUX. . . I</p> <p>FOURNIR DE LA PEP. J</p> <p>AUGMENTER LA SECURITE. K</p> <p>MEILLEURE INFRASTRUCTURE. L</p> <p>PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE. M</p> <p>SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES). N</p> <p>AUTRES. X</p> <p>PAS DES PROBLEMES Y</p>
<p style="text-align: center;">REMERCIEZ VOTRE ENQUETE ET PASSEZ AU PROCHAIN ENDROIT DE COLLECTE DE DONNEES</p>		

CLASSEMENT		