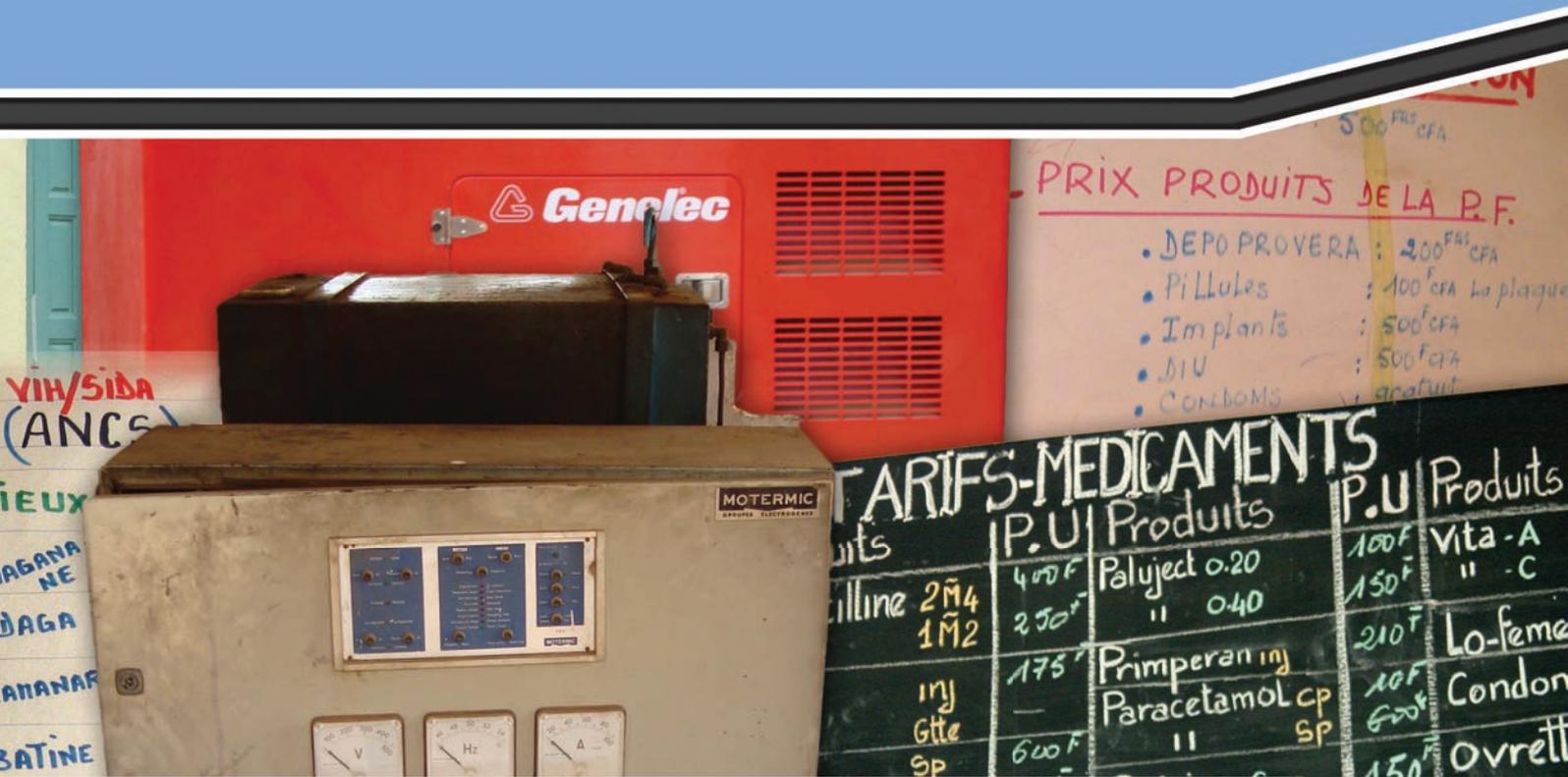




République du Sénégal

# SÉNÉGAL



500 FRS CFA

PRIX PRODUITS DE LA R.F.

- DEPO PROVERA : 200 FRS CFA
- Pillules : 100 FRS CFA la plaquette
- Implants : 500 FRS CFA
- DIU : 500 FRS CFA
- CONDOMS : gratuit

TARIFS-MEDICAMENTS

	P.U	Produits	P.U	Produits
Paluject 0.20	400 F		100 F	Vita - A
" 0.40	250 F		150 F	" - C
Primperan inj	175 F		210 F	Lo-fema
Paracetamol cp			10 F	Condom
" sp	600 F		150 F	Ovrett

## Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2012-2013



# RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



## ENQUÊTE CONTINUE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ (ECPSS) DU SÉNÉGAL

2012-2013

### RAPPORT 1<sup>ère</sup> ANNÉE

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie  
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

MEASURE DHS  
ICF International  
Calverton, Maryland, USA

Septembre 2013



Ministère de la Santé et de  
l'Action sociale

Ce rapport présente les résultats de la première année de l'ECPSS réalisée en 2012-2013 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie et le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

L'assistance technique a été fournie par ICF International dans le cadre du projet MEASURE DHS.

L'ECPSS 2012-2013 a été réalisée avec l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente pas nécessairement la politique de l'USAID.

Le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) a aussi apporté son expertise à la réalisation de cette opération.

Pour tous renseignements concernant l'ECPSS 2012-2013, contacter :  
L'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)  
Rocade Fann Bel-air Cerf-volant- B.P. 116 ; Dakar RP (Sénégal)  
Téléphone : (221) 33 869 21 39/33 869 21 60  
Fax : (221) 33 824 36 15  
E-mail : statsenegal@ansd.sn/statsenegal@yahoo.fr  
Site web : www.ansd.sn

Concernant le projet MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de :  
ICF International  
11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705 USA  
Téléphone : 301-572-0200  
Fax : 301-572-0999  
E-mail : reports@measuredhs.com  
Internet : <http://www.measuredhs.com>

#### **Citation recommandée :**

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International. 2012. *Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) du Sénégal 2012-2013*. Calverton, Maryland, USA : ANSD et ICF International.

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>TABLEAUX ET GRAPHIQUES</b> .....	v
<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b> .....	vii
<b>CARTE DU SÉNÉGAL</b> .....	x
<b>1 INTRODUCTION</b>	
1.1 Présentation .....	1
1.2 Objectifs de l'enquête .....	2
<b>2 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE</b>	
2.1 Échantillonnage .....	3
2.2 Questionnaires .....	5
2.3 Formation, pré-test et collecte des données .....	6
2.4 Analyse des données .....	7
<b>3 RÉSULTATS</b>	
3.1 Disponibilité des services de base .....	9
3.2 Disponibilité des infrastructures de base pour les patients .....	10
3.3 Équipements standard pour le contrôle des infections nosocomiales .....	11
3.4 Capacité de diagnostic des laboratoires .....	15
3.5 Répartition du personnel dans les établissements enquêtés .....	17
3.6 Les services de santé de l'enfant .....	17
3.7 La planification familiale .....	23
3.8 Disponibilité des services de santé maternelle et soins pour le nouveau-né .....	31
3.9 VIH/Sida et IST .....	39
3.10 Maladies non transmissibles .....	44
3.11 Tuberculose .....	47
3.12 Paludisme .....	49
<b>ANNEXE A PERSONNEL</b> .....	53
<b>ANNEXE B QUESTIONNAIRES</b> .....	55



## TABLEAUX ET GRAPHIQUES

---

Tableau 2.1	Distribution des structures dans l'échantillon final par région .....	4
Tableau 2.2	Distribution des structures enquêtées, selon certaines caractéristiques .....	4
Tableau 2.3	Distribution des consultations observées .....	8
Tableau 3.1	Disponibilité des services de base.....	10
Tableau 3.2	Disponibilité des infrastructures de base pour répondre aux besoins des clients .....	11
Tableau 3.3.1	Éléments de base pour le contrôle des infections par: type de structure et autorité de gestion .....	13
Tableau 3.3.2	Éléments de base pour le contrôle des infections par région .....	14
Tableau 3.4.1	Capacité de diagnostic de laboratoire par type de structure et autorité de gestion .....	15
Tableau 3.4.2	Capacité de diagnostic de laboratoire par région.....	16
Tableau 3.5	Configuration de personnel dans les structures interviewées .....	17
Tableau 3.6	Disponibilité des services de santé infantile .....	18
Tableau 3.7	Fréquence de la disponibilité des services de santé infantile - soins curatifs infantiles et suivi de la croissance.....	19
Tableau 3.8	Fréquence de la disponibilité des services de santé infantile - services de vaccination .....	21
Tableau 3.9	Disponibilité des vaccins .....	22
Tableau 3.10	Disponibilité des services de planification familiale .....	24
Tableau 3.11.1	Méthodes de planification familiale offerte: Type de structure et Autorité de gestion.....	25
Tableau 3.11.2	Méthodes de planification familiale offerte: Région .....	26
Tableau 3.12.1	Méthodes de planification familiale fournies1 : Type de structure et Autorité de gestion.....	27
Tableau 3.12.2	Méthodes de planification familiale fournies1 : Région.....	28
Tableau 3.13.1	Disponibilité des produits de planification familiale1 : Type de structure et Autorité de gestion.....	29
Tableau 3.13.2	Disponibilité des produits de planification familiale1: Région .....	30
Tableau 3.14	Disponibilité des services de santé maternelle.....	32

Tableau 3.15	Disponibilité des services de consultation prénatale .....	33
Tableau 3.16	Disponibilité des médicaments pour la consultation prénatale de routine .....	34
Tableau 3.17	Normes et protocoles, personnel formé, et équipements des services d'accouchement .....	35
Tableau 3.18.1	Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés: Type de structure et Autorité de gestion.....	36
Tableau 3.18.2	Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés: Région.....	37
Tableau 3.19	Activités essentielles en cas d'alerte pour les soins d'urgence obstétricale .....	38
Tableau 3.20	Normes et protocoles, personnel formé, et éléments des services des infections sexuellement transmissibles .....	39
Tableau 3.21	Disponibilité des services de counseling et de test de dépistage du VIH .....	40
Tableau 3.22	Normes et protocoles, personnel formé, et éléments pour les services de thérapie antirétrovirale .....	42
Tableau 3.23	Disponibilité des services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les structures offrant les services de consultation prénatale.....	43
Tableau 3.24	Capacité de diagnostic et médicaments essentiels du diabète .....	45
Tableau 3.25	Disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies cardiovasculaires.....	46
Tableau 3.26	Disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies respiratoires chroniques .....	47
Tableau 3.27	Capacité de diagnostic et disponibilité des médicaments pour le traitement de la tuberculose .....	48
Tableau 3.28	Disponibilité des services du paludisme et disponibilité des normes et protocoles, du personnel formé et de la capacité de diagnostic dans les structures offrant des services du paludisme .....	50
Tableau 3.29	Disponibilité des médicaments et produits antipaludiques dans les structures offrant des services du paludisme .....	52

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

---

<b>ACT</b>	Artemisinin Combinaison Thérapeutique (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine)
<b>ANSD</b>	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
<b>ART</b>	Antiretroviral Therapy (thérapie antirétrovirale)
<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>BCG</b>	Bacille de Calmette et Guérin
<b>CDV</b>	Conseil Dépistage Volontaire
<b>CMG</b>	Centre Médical de Garnison
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>DTC/PENTA</b>	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche/Pentavalent
<b>DIU</b>	Dispositif Intra-Utérin
<b>DLSI</b>	Division de Lutte Contre le SIDA et les IST
<b>ECPSS</b>	Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>EM</b>	Enfants Malades
<b>ELISA</b>	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
<b>GPS</b>	Global Positioning System
<b>ICP</b>	Infirmier Chef de Poste
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>ISAARV</b>	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
<b>MAC</b>	Maison d'Arrêt et de Correction
<b>MJF</b>	Méthode des Jours Fixes
<b>MNT</b>	Maladies Non Transmissibles
<b>MSAS</b>	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
<b>MII</b>	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
<b>NV</b>	Naissance Vivante
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non-Gouvernementale
<b>OIP</b>	Offre Initiale de Pilule
<b>PCIGA</b>	Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PND</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant

<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>RPR</b>	Reactive Protein Reagent Test
<b>SIDA</b>	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
<b>SONU</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>SP</b>	Sulfadoxine-Pyriméthamine
<b>SPA</b>	Service Provision Assessment
<b>TA</b>	Tension Artérielle
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TPC</b>	Taux de Prévalence Contraceptive
<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>TPHA</b>	Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
<b>TDR</b>	Test de Diagnostic Rapide
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine



# CARTE ADMINISTRATIVE DU SENEGAL



# **1 INTRODUCTION**

## **1.1 Présentation**

L'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) du Sénégal 2012-2013 a été réalisée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS).

Cette enquête a bénéficié de l'assistance technique d'ICF International Inc. dans le cadre du projet MEASURE DHS.

Elle a été financée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

Il s'agit d'une enquête portant sur un échantillon national des structures sanitaires formelles. Elle est conçue pour fournir des informations détaillées sur la prestation des services et le fonctionnement des divers éléments du système de santé pouvant affecter la qualité des services. La collecte a duré huit mois et s'est déroulée du 15 octobre 2012 au 15 juin 2013. Les différents services de santé prioritaires inclus dans l'ECPSS sont :

- Les services de la santé de l'enfant comprenant les soins curatifs, la vaccination et le suivi de la croissance
- Les services de maternité comprenant les consultations prénatales (CPN), l'accouchement, les soins obstétricaux d'urgence, le post-partum et les soins du nouveau-né
- Les services de planification familiale (PF)
- Les services pour les maladies transmissibles comprenant les IST, le Paludisme, la tuberculose (TB), le VIH/ SIDA et les services associés
- Les services pour les maladies non transmissibles comprenant le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques.

Les informations issues de l'ECPSS du Sénégal 2012-2013 aideront les décideurs et les responsables des programmes de santé à prioriser les interventions.

Ce rapport présente les résultats de la première année de l'ECPSS relatifs aux principaux aspects des équipements, des infrastructures et des prestations de services sur lesquels les données ont été collectées.

## 1.2 Objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'ECPSS 2012-2013 étaient de :

- Décrire l'aptitude des structures de santé dans le pays à fournir des services de santé de qualité en droite ligne avec les normes et protocoles du pays.
- Identifier les lacunes dans les services d'appui, au niveau des ressources et dans les processus utilisés pour fournir les services aux clients, lesquelles pouvant avoir des répercussions sur la capacité des structures sanitaires à fournir des services de santé de qualité.
- Décrire le niveau d'adhésion des prestataires qui fournissent les soins aux enfants, aux mères et des services de santé de la reproduction, aux standards de qualité des services.
- Fournir des comparaisons des résultats entre différents types de structures de santé et régions du pays et entre les structures gérées par différentes autorités de gestion (publique ou privée).
- Décrire à quel point les clients comprennent ce qu'ils doivent faire pour le suivi des services reçus afin d'être dans un meilleur état de santé.

## 2 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

### 2.1 Échantillonnage

Les données de l'ECPSS du Sénégal ont été collectées à partir d'un échantillon de structures de santé. Dans chaque structure, un échantillon de prestataires de services de santé, un échantillon d'enfants malades et un échantillon de clients de services de planification familiale ont été sélectionnés.

Les structures de santé incluses dans l'échantillon ont été classées en fonction de leur autorité de gestion. Il s'agit des structures :

- publiques
- privées
- privées sans but lucratif (ONG Entreprises)
- privées confessionnelles.

Sur un total de 3 084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé, 1 250 postes de santé et 1 506 cases de santé), l'échantillon a inclus 50 % des hôpitaux, 50 % des centres de santé y compris les centres médicaux de garnison (CMG), 20 % des postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction (MAC) et les cases de santé liées aux postes choisis.

Le tableau 2.1 présente la distribution des structures dans l'échantillonnage final selon la région et le tableau 2.2 présente la répartition des structures enquêtées et leur effectif selon le type, l'autorité de gestion et la région.

Ainsi sur un total de 458 structures sélectionnées pour l'ECPSS 2012-2013, 438 ont été enquêtées avec succès ; soit un taux de réponse de 95,6 %.

L'échantillon des structures enquêtées comprend 35 hôpitaux (5 %), 64 centres de santé (8 %), 265 postes de santé (87 %) et 74 cases de santé.

Par ailleurs plus des trois quarts des structures de l'échantillon appartiennent au secteur public (83 %), tandis que les structures privées représentent 17 %.

La répartition des structures dans les régions n'est pas identique.

Les régions de Dakar et Thiès représentent à elles seules le tiers de l'échantillon avec respectivement 20 % et 13 %, tandis que celles de Kédougou (2 %), Sédhiou (3 %), Kaffrine (4 %), Matam (5 %), et Kolda (5 %) ont les plus faibles pourcentages. Par ailleurs, la répartition est à peu près identique dans les sept autres régions variant entre 6 et 8 %.

Tableau 2.1 Distribution des structures dans l'échantillon final par région  
 Effectif des structures de chaque type sélectionnées pour l'échantillon de l'enquête, par région. Sénégal ECPSS 2012-2013

Type de structure	Région											Total Effectif sélec- tionné			
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou		Tamba- counda	Thiès	Ziguinchor
Hôpital	22	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	5	1	43
Centre de santé	17	3	3	2	3	3	4	6	2	3	2	6	7	5	66
Poste de santé	39	17	16	19	15	16	16	14	16	20	16	16	31	20	271
Case de santé	0	4	4	3	5	5	6	5	8	4	10	3	10	11	78
Total	78	27	24	25	26	25	27	26	27	28	29	26	53	37	458

Tableau 2.2 Distribution des structures enquêtées, selon certaines caractéristiques

Répartition (en %) des structures enquêtées et effectif des structures enquêtées selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Répartition (en %) pondérée des structures enquêtées		Effectif des structures enquêtées	
	Pondéré	Non pondéré	Pondéré	Non pondéré
<b>Type de structure</b>				
Hôpital	5	17	35	
Centre de santé	8	30	64	
Poste de santé	87	317	265	
<b>Autorité de gestion</b>				
Publique	83	302	305	
ONG/Privé sans but lucratif	0	0	1	
Privé	12	43	43	
Privé confessionnel	5	19	15	
<b>Région</b>				
Dakar	20	71	71	
Diourbel	7	25	23	
Fatick	6	22	19	
Kaffrine	4	14	21	
Kaolack	6	23	20	
Kédougou	2	9	20	
Kolda	5	17	21	
Louga	6	23	21	
Matam	5	17	19	
Saint Louis	8	29	23	
Sédhiou	3	12	19	
Tambacounda	7	24	21	
Thiès	13	48	41	
Ziguinchor	8	29	25	
Total	100	364	364	
Case de santé	NA	74	74	

NA = Not applicable

## 2.2 Questionnaires

Les outils de collecte utilisés sont basés sur les questionnaires mis au point par le projet MEASURE DHS et ont été adaptés pour le Sénégal de commun accord avec les services techniques du MSAS

Au cours de l'ECPSS du Sénégal 2012-2013, quatre types d'instruments de collecte des données ont été utilisés.

- **L'inventaire de la structure sanitaire** : ce questionnaire comprend une couverture pour identifier la structure sanitaire et un formulaire de la liste du personnel sur lequel tous les prestataires de santé présents le jour de l'interview ont été enregistrés. L'inventaire de la structure sanitaire est conçu pour obtenir des informations sur la capacité de la structure à fournir chacun des services prioritaires. Il rassemble l'information sur la disponibilité d'articles spécifiques (incluant leur localisation et leur état de fonctionnement), les composants des systèmes de soutien (logistique, entretien, gestion) et l'infrastructure de la structure sanitaire y compris l'environnement de travail où les services sont offerts. Les ressources évaluées sont celles exigées pour fournir le service selon les normes et protocoles internationalement admis. Les services évalués représentent ceux qui sont généralement reconnus comme essentiels pour assurer des services de santé.
- **L'interview des prestataires de santé** : l'interview des prestataires de santé est conçue pour obtenir des informations sur les qualifications individuelles des prestataires, le type de service qu'ils fournissent, le type de formation qu'ils ont reçue. Un échantillon de prestataires de santé a été choisi à partir de la liste du personnel pour être interrogé à l'aide du questionnaire d'interview de l'agent de santé.
- **Les listes de contrôle de l'observation** : elles évaluent le niveau d'adhésion des prestataires aux standards de qualité des services basés sur les normes et protocoles internationalement et nationalement acceptés. Les composantes de l'observation comprennent le processus utilisé en menant certaines étapes spécifiques telles que les examens physiques et le contenu de l'entretien entre le prestataire et le client (histoire, symptômes et conseils). Pour cette première année, les clients de services suivants ont été choisis pour l'observation : **planification familiale et enfants malades.**
- **Les interviews de sortie** : les interviews de sortie ont été conçues pour évaluer le niveau de compréhension par le client du service offert portant aussi bien sur la consultation, l'examen, que sur les instructions et conseils reçus en rapport avec le traitement ou les mesures préventives. La compréhension des principaux messages par les clients augmente la probabilité de réussite du traitement ou du respect des comportements préventifs, ce qui favorise des résultats optimaux au niveau de leur santé. La perception du client quant à l'environnement de travail a été

également évaluée. Les interviews de sortie sont conduites auprès des clients dont les consultations ont fait l'objet d'observation.

- **Questionnaire spécial pour la case de santé** comprenant :
  - l'inventaire de la case de santé conçu pour évaluer les services spécifiques de la case ;
  - la revue des cahiers, registres et documents liés à la PF, à la promotion de la croissance, à la consultation générale et à la maternité ; et
  - l'interview des prestataires de santé, utilisant le même questionnaire que pour les autres types de structures.

### **2.3 Formation, pré-test et collecte des données**

Les questionnaires de l'ECPSS 2012-2013 ont été pré-testés au cours de la formation qui a eu lieu du 18 septembre au 10 octobre 2012.

La formation a inclus :

- Des sessions théoriques sur le manuel de l'enquêteur et les questionnaires, ainsi que des simulations et des jeux de rôles ;
- Des stages pratiques au sein de structures non sélectionnées pour l'enquête composées d'hôpitaux, de centres de santé, de postes de santé et de cases de santé, structures publiques comme privées (25 structures visitées) ;
- Des sessions de révision et débriefing après la pratique ;
- Des tests d'évaluation ainsi que des supervisions pendant la pratique ;
- Formation en GPS ;
- Formation à l'utilisation des tablettes PC utilisées pour la collecte des données.

Il s'agit d'une formation intensive liant étroitement la théorie et la pratique

Deux consultants d'ICF International, des responsables des programmes prioritaires du MSAS (paludisme, santé de la mère et de l'enfant, tuberculose, VIH/SIDA), des cadres de l'ANSD, ainsi qu'un médecin de l'USAID ont réalisé cette formation.

Au bout de 3 semaines de formation, 12 enquêteurs (enquêteurs infirmiers et sages-femmes) ont été retenus et organisés en 4 équipes de 3 personnes (deux enquêteurs et un chef d'équipe) ainsi que d'un chauffeur.

La supervision du travail sur le terrain a été coordonnée au niveau de l'ANSD et réalisée par le médecin recruté comme coordinateur technique de l'ECPSS avec l'appui du conseiller en EDS continue de l'USAID qui visitait les équipes périodiquement et suivait la qualité des données.

## 2.4 Analyse des données

**Disponibilité des éléments** : dans l'ECPSS 2012-2013 seuls les éléments qui ont été observés sont considérés comme disponibles. Tout élément déclaré mais non vu par l'enquêteur n'a pas été considéré comme disponible.

**Observation** : dans de nombreuses structures, des services comme la prise de la TA et la prise de la température sont fournis sur une base régulière. Par conséquent, chaque fois que ces services ont été observés alors qu'ils étaient fournis en dehors de la salle de consultation le jour de l'enquête, on considère que le patient observé avait reçu ces services et que le prestataire qui établit le diagnostic et prescrit un traitement est néanmoins considéré comme le prestataire principal.

**Information du prestataire** : il est arrivé fréquemment que des prestataires indiquent qu'ils fournissaient un service en dehors du cadre de la structure. Dans le cadre de l'ECPSS, seuls les prestataires qui offraient le service en question dans le cadre de la structure ont été inclus dans l'analyse concernant ce service.

**Inventaire de la structure** : il a consisté à collecter des informations sur la disponibilité d'équipements particuliers ainsi que leur fonctionnalité, les composants des systèmes de support (logistique, entretien, gestion), mais aussi l'environnement de la prestation des services. Pour cela, l'enquêteur interrogeait la personne la plus indiquée au sein de l'organisation de la structure et / ou le prestataire de chaque service le mieux informé présent le jour de l'interview.

**Observation des services aux patients** : les enquêteurs ont observé des consultations des services concernés (enfants malades, planification familiale) au moment où elles avaient lieu. Ici, l'échantillon est opportuniste et les nombres ne reflètent pas toujours les proportions de structures visitées. Il s'agit d'un échantillon dans lequel les patients ont été sélectionnés au fur et à mesure qu'ils arrivaient dans la structure pour la consultation avec leur consentement éclairé. Là où les patients étaient nombreux et éligibles pour l'observation, la règle était d'observer au maximum 5 patients par prestataire de service avec un maximum de 15 observations par structure pour chaque service. Pour les consultations d'enfants, seuls ceux de moins de 5 ans qui étaient malades ont été sélectionnés. Lorsque plusieurs clientes éligibles attendaient pour une consultation PF, l'enquêteur a sélectionné 2 patientes en première visite pour une patiente en visite de suivi.

Le tableau 2.3 présente la répartition (en %) des consultations observées et l'effectif des consultations observées pour les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade et la planification familiale.

Pour l'ECPSS 2012-2013, le nombre total de patients dont la consultation a fait l'objet d'observation est de 1 311 enfants malades (EM) et de 968 clients des services de PF.

La grande majorité de ces observations a été effectuée dans les postes de santé (83 % des EM et 80 % des PF), suivi des centres de santé (11 % des EM et 16 % des PF) avec un faible taux d'observations au niveau des hôpitaux (6 % des EM et 3 % des PF).

Tableau 2.3 Distribution des consultations observées

Répartition (en %) des consultations observées et effectif des consultations observées pour les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade et la planification familiale, selon le type de structure Sénégal ECPSS2012-2013

Type de structure	Répartition (en %) des consultations observées	Effectif des consultations observées	
		Pondéré	Non pondéré
<b>SOINS CURATIFS AMBULATOIRES POUR ENFANT MALADE</b>			
Hôpital	6	83	151
Centre de santé	11	138	280
Poste de santé	83	1 090	880
Total	100	1 311	1 311
<b>PLANIFICATION FAMILIALE</b>			
Hôpital	3	31	68
Centre de santé	16	158	266
Poste de santé	80	778	634
Total	100	968	968

### **3 RÉSULTATS**

#### **3.1 Disponibilité des services de base**

Les services de base comprennent les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade, les services de vaccination infantile au sein de la structure, le suivi de la croissance infantile, toute méthode moderne de planification familiale, la consultation prénatale et les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

La disponibilité d'une offre de services comprenant les services de santé maternelle et infantile et de santé de la reproduction, et la fréquence à laquelle ces services sont fournis, sont les éléments clé qui influencent l'utilisation des services par les patients. Les patients sont plus enclins à rechercher des soins dans une structure s'ils sont sûrs que les services seront disponibles à leur arrivée.

Le tableau 3.1 présente les données sur la disponibilité des services de base, détaillées selon le type de structure, l'autorité de gestion et la région.

L'ECPSS 2012-2013 du Sénégal a révélé une disponibilité satisfaisante des services de base de 75 % quelles que soient les caractéristiques. Les services de soins curatifs pour les enfants et les IST sont, en moyenne, disponibles dans presque toutes les structures (94 % et 98 %), alors que les soins prénatals sont prodigués dans 89 % des structures et la planification familiale est proposée dans 85 % des structures. Par ailleurs, plus des trois quarts des structures offrent des services de vaccination et de suivi de la croissance (respectivement 83 % et 86 %).

On constate que si les services de soins curatifs infantiles, ceux d'IST et de consultation prénatale sont généralement disponibles dans pratiquement toutes les structures quel que soit le type, les services de vaccination, et dans une moindre mesure ceux de suivi de la croissance et de planification familiale, sont surtout offerts dans les centres de santé et les postes de santé. Ces résultats sont le reflet de la politique de santé selon laquelle les services de santé préventifs sont généralement fournis dans les centres de santé et les postes de santé, tandis que les hôpitaux restent des structures de référence.

On note une plus grande disponibilité des services de base dans les structures publiques que dans les structures privées, avec respectivement 85 % et 26 % pour tous les services de bases.

En outre, on note une excellente répartition de la disponibilité des services de base, même dans les régions de Dakar, Kaolack, Kolda et Tambacounda, où les services de base sont moins disponibles.

Tableau 3.1 Disponibilité des services de base

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant des services de base indiqués et tous les services de base, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage de structures offrant :							Effectif des structures
	Soins curatifs infantiles	Services de suivi de la croissance	Services de vaccination infantile	N'importe quelle méthode moderne de planification familiale	Services de consultation prénatale	Services des IST	Tous les services de base <sup>1</sup>	
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	82	61	34	65	76	90	20	17
Centre de santé	94	68	75	78	79	99	67	30
Poste de santé	95	89	87	87	91	98	79	317
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	98	91	92	94	95	99	85	302
Privé	75	63	42	39	60	89	26	62
<b>Région</b>								
Dakar	78	71	70	71	80	91	58	71
Diourbel	98	98	97	95	98	100	92	25
Fatick	100	100	100	100	100	100	100	22
Kaffrine	100	100	91	91	91	100	91	14
Kaolack	100	75	79	98	92	100	67	23
Kédougou	84	75	72	75	75	96	72	9
Kolda	97	81	70	73	73	95	57	17
Louga	98	96	87	90	90	100	75	23
Matam	100	99	99	94	100	100	93	17
Saint Louis	100	100	88	91	91	100	88	29
Sédhiou	100	95	95	97	97	100	95	12
Tambacounda	94	68	74	80	80	100	68	24
Thiès	98	91	80	83	95	97	73	48
Ziguinchor	100	84	95	81	91	100	71	29
Total	94	86	83	85	89	98	75	364
Case de santé	97	87	45	43	29	8	4	74

<sup>1</sup> Les services de base comprennent les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade, le suivi de la croissance infantile, les services de vaccination infantile au sein de la structure, le suivi de la croissance infantile, n'importe quelle méthode moderne de planification familiale, des consultations prénatales et les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

### 3.2 Disponibilité des infrastructures de base pour les patients

Bien que l'on puisse fournir des services de santé de qualité dans des structures qui disposent d'un équipement rudimentaire, certaines infrastructures et équipements de base contribuent à la satisfaction du patient et des prestataires et, également, à l'amélioration de la qualité et du niveau des services. Ces éléments peuvent contribuer à inciter le patient à utiliser la structure ; de même, ils peuvent motiver le personnel et l'encourager ainsi à suivre les normes pour assurer des services de qualité.

Le tableau 3.2 présente la disponibilité des infrastructures de base pour répondre aux besoins des patients.

On note une bonne disponibilité des infrastructures de base répondant aux besoins des patients, notamment les sources d'eau améliorée (90 %), une intimité visuelle et auditive (99 %), et la disponibilité de toilettes pour les patients (87 %), contrairement aux équipements de communication, ordinateur avec internet et électricité régulière, mais aussi et surtout le transport d'urgence dont moins d'une structure sur deux dispose (48 %) surtout dans la région de Saint-Louis. Par ailleurs, seulement un peu plus d'une structure sur deux dispose régulièrement d'électricité ; ceci est beaucoup plus accentué dans les régions de Kaolack (27 %), Diourbel (24 %), Louga (31 %) et de Kaffrine (39 %) où pratiquement seulement une structure sur trois ou quatre en dispose.

Tableau 3.2 Disponibilité des infrastructures de base pour répondre aux besoins des clients

Parmi toutes les structures, pourcentage ayant des infrastructures de base indiquées pour permettre un service de qualité, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage de structures disposant de :							Effectif des structures
	Electricité régulière <sup>1</sup>	Source d'eau améliorée <sup>2</sup>	Intimité visuelle et auditive <sup>3</sup>	Toilette des patients <sup>4</sup>	Equipement de communication <sup>5</sup>	Ordinateur avec internet <sup>6</sup>	Transport d'urgence <sup>7</sup>	
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	80	99	100	99	93	93	67	17
Centre de santé	67	94	98	85	86	86	87	30
Poste de santé	52	90	99	86	53	50	43	317
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	53	89	100	84	53	51	49	302
Privé	63	95	97	100	82	72	40	62
<b>Région</b>								
Dakar	72	96	99	98	80	76	29	71
Diourbel	24	100	100	100	50	12	66	25
Fatick	49	88	100	100	41	12	59	22
Kaffrine	39	95	100	39	100	91	43	14
Kaolack	27	100	100	100	23	17	67	23
Kédougou	84	57	100	39	100	95	27	9
Kolda	70	65	100	92	32	62	65	17
Louga	31	100	100	100	47	37	58	23
Matam	62	94	100	100	27	27	30	17
Saint Louis	43	91	100	100	49	35	16	29
Sédhiou	83	65	100	83	25	86	60	12
Tambacounda	56	75	100	32	89	89	47	24
Thiès	54	94	97	75	82	55	43	48
Ziguinchor	69	91	100	94	17	75	86	29
Total	55	90	99	87	58	55	48	364
Case de santé	14	60	93	61	18	0	19	74

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau comprennent les infrastructures de base pour évaluer la disponibilité des services généraux au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

<sup>1</sup> La structure est raccordée à un réseau électrique central et il n'y a pas eu d'interruption de l'alimentation électrique pour plus de deux heures consécutives pendant les heures normales de travail dans les 7 jours précédant l'enquête, ou la structure a un générateur fonctionnel avec du carburant disponible le jour de l'enquête, ou encore la structure a de l'énergie solaire de secours.

<sup>2</sup> L'eau est acheminée dans la structure ou dans la cour par un robinet, ou encore l'eau d'une borne fontaine publique, puits-citerne ou forage, puits protégés, ou de l'eau de pluie, et l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible à moins de 500 mètre de la structure.

<sup>3</sup> Une salle privée ou un endroit avec paravent disponible dans le service général de consultation externe qui est à une distance suffisante des autres clients pour qu'une conversation normale puisse avoir lieu sans que le client ne soit vu, ni entendu par d'autres.

<sup>4</sup> La structure a des toilettes fonctionnelles avec chasse d'eau/chasse manuelle, une fosse/latrines améliorée auto-aérée avec ou sans dalle, ou des toilettes à compostage.

<sup>5</sup> La structure a un téléphone fixe fonctionnel, un téléphone portable de la structure fonctionnel, un téléphone portable personnel fonctionnel pris en charge par la structure ou un émetteur-radio à ondes courtes disponible dans la structure.

<sup>6</sup> La structure a un ordinateur fonctionnel avec accès à l'internet qui n'est pas interrompu pendant plus de deux heures consécutives pendant les heures normales de travail, ou la structure a l'accès à l'internet par un téléphone portable dans la structure.

<sup>7</sup> La structure a une ambulance fonctionnelle ou un autre véhicule pour le transport d'urgence qui est stationné à la structure et a du carburant disponible le jour de l'enquête, ou la structure a accès à une ambulance ou un autre véhicule qui est stationné dans une autre structure ou qui part d'une autre structure pour le transport d'urgence des patients.

### 3.3 Équipements standard pour le contrôle des infections nosocomiales

Les infections nosocomiales compliquent très souvent la prestation des services de santé dans toutes les structures, d'où la nécessité d'appliquer des mesures strictes de contrôle pour prévenir leur propagation. L'ECPSS 2012-2013 a permis d'évaluer la disponibilité d'équipements de stérilisation, d'élimination finale des déchets piquants, coupants ou tranchants, la disponibilité de savon et d'eau courante, de lave-main, de gants en latex, de masque et de blouses mais aussi et surtout des normes et protocoles pour les mesures de précaution de base.

Les tableaux 3.3.1 et 3.3.2 présentent la disponibilité des éléments de base pour le contrôle des infections, selon le type de structure, l'autorité de gestion, et la région.

La gestion des déchets biomédicaux dans les structures sanitaires est généralement bonne. En effet, l'enquête montre que 80 % des structures, quelle que soit leur caractéristique, sont capables de procéder à l'élimination finale, et en toute sécurité, des déchets piquants/coupants/tranchants, 59 % sont aptes à l'élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux, et 87 % sont en mesure d'assurer le stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants. Cependant, on note une certaine disparité entre les régions avec une très faible capacité de gestion des déchets biomédicaux dans les régions de Kaffrine et de Tambacounda, où respectivement 6 % et 8 % des structures seulement sont capables d'assurer l'élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux et 11 % et 23 %, sont capables de procéder à l'élimination finale et en toute sécurité des déchets piquants/coupants/tranchants.

S'agissant des équipements de stérilisation, on note que seulement 6 % des structures en disposent ; il s'agit généralement des hôpitaux (40 %) et des centres de santé (22 %). L'enquête a aussi permis d'évaluer la présence de savon et la disponibilité d'eau courante pour se laver les mains, de gants en latex, de masque et protège-yeux (protection oculaire), de normes et protocoles pour les mesures de précaution de base. Il convient également de noter qu'au moment de l'enquête, plus de 90 % des structures disposent d'eau courante et de savon ou lave-main à base d'alcool et seulement 4 % de protège-yeux.

Tableau 3.3.1 Éléments de base pour le contrôle des infections par: type de structure et autorité de gestion

Pourcentage des structures disposant des équipements de stérilisation quelque part dans la structure et d'autres éléments de base pour le contrôle des infections disponibles dans le lieu principal de consultation externe de la structure le jour de l'enquête, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2012-2013

Éléments	Type de structure			Autorité de gestion		Total	Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé		
Équipement de stérilisation <sup>1</sup>	40	22	3	6	6	6	NA
Équipement pour la désinfection à haut niveau <sup>2</sup>	85	88	78	82	67	80	NA
Élimination finale en toute sécurité des déchets piquants/coupants/tranchants <sup>3</sup>	75	74	80	81	75	80	33
Élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux <sup>4</sup>	59	68	58	58	63	59	51
Stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants <sup>5</sup>	60	73	90	91	68	87	65
Stockage approprié des déchets infectieux <sup>6</sup>	54	35	56	53	64	55	39
Désinfectant/Antiseptique <sup>7</sup>	87	83	92	91	94	91	68
Seringues et aiguilles <sup>8</sup>	81	68	71	68	86	71	NA
Savon	91	89	90	89	94	90	79
Eau courante <sup>9</sup>	91	83	86	85	92	86	57
Savon et eau courante	91	83	86	84	92	86	50
Lave-main à base d'alcool	79	57	61	58	79	61	7
Savon et eau courante ou lave-main à base d'alcool	92	84	92	90	98	92	56
Gants en latex <sup>10</sup>	92	84	92	91	93	91	64
Masques	57	33	22	18	58	25	NA
Blouses	85	87	94	93	90	93	NA
Protège-yeux	16	2	4	3	12	4	NA
Normes et protocoles pour les mesures de précautions de base <sup>11</sup>	48	61	57	59	47	57	47
Effectif des structures	17	30	317	302	62	364	74

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau comprennent les éléments de base pour le contrôle des infections pour évaluer la disponibilité des services généraux au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

NA = Non applicable

<sup>1</sup> La structure déclare que certains équipements sont traités dans la structure et que la structure dispose d'un stérilisateur électrique à chaleur sèche fonctionnel, un autoclave électrique fonctionnel, ou un autoclave non-électrique avec une source de chaleur fonctionnel disponible n'importe où dans la structure.

<sup>2</sup> La structure déclare que certains équipements sont traités dans la structure et que la structure dispose d'une bouilloire électrique fonctionnelle ou autre casserole avec une source de chaleur pour la désinfection à haut niveau par ébullition ou la désinfection à haut niveau à la vapeur, ou encore que la structure a le chlore, le formaldéhyde ou le glutaraldéhyde pour la désinfection à haut niveau chimique disponible quelque part dans la structure le jour de l'enquête.

<sup>3</sup> Le processus d'élimination des déchets piquants/coupants/tranchants est l'incinération et la structure a un incinérateur fonctionnel avec du carburant le jour de l'enquête, ou encore la structure élimine les déchets piquants/coupants/tranchants au moyen de feux à ciel ouvert dans un endroit protégé, le dépôt sur décharge sans combustion dans un endroit protégé, ou l'élimination hors de la structure avec stockage dans un environnement protégé avant l'enlèvement hors de la structure.

<sup>4</sup> le processus d'élimination des déchets infectieux est l'incinération et la structure a un incinérateur fonctionnel avec du carburant le jour de l'enquête, ou encore la structure élimine les déchets infectieux au moyen de feux à ciel ouvert dans un endroit protégé, le dépôt sur décharge sans combustion dans un endroit protégé, ou l'élimination hors de la structure avec stockage dans un environnement protégé avant l'enlèvement hors de la structure.

<sup>5</sup> La boîte pour objets tranchants (boîte de sécurité) est observée dans le service principal de consultation externe, à l'endroit où le dépistage du VIH se fait si la structure fait le dépistage du VIH, ainsi qu'à l'endroit où la chirurgie mineure se fait, si la structure fait des chirurgies mineures.

<sup>6</sup> Les poubelles sont observées dans le service principal de consultation externe, à l'endroit où le dépistage du VIH se fait si la structure fait le dépistage du VIH, ainsi qu'à l'endroit où la chirurgie mineure se fait, si la structure fait des chirurgies mineures.

<sup>7</sup> Désinfectant à base de chlore ou à base d'autres produits spécifiques au pays utilisé pour la désinfection de l'environnement, disponible dans le service principal de consultation externe.

<sup>8</sup> Seringues jetables à usage unique avec aiguilles ou seringues autobloquantes avec aiguilles disponible à l'endroit principal de consultation externe.

<sup>9</sup> Robinet, l'eau dans un seau avec robinet, ou un pichet disponible à l'endroit principal de consultation externe.

<sup>10</sup> Les gants équivalents pas en latex sont acceptables.

<sup>11</sup> N'importe quels normes et protocoles sur le contrôle des infections dans la structure disponible à l'endroit principal de consultation externe.

Tableau 3.3.2. Éléments de base pour le contrôle des infections par région

Éléments	Région														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kafrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès	Ziguinchor	
Équipement de stérilisation <sup>1</sup>	9	7	2	6	6	4	5	13	4	0	3	3	7	5	6
Équipement pour la désinfection à haut niveau <sup>2</sup>	75	95	82	98	86	48	57	100	65	91	77	72	69	91	80
Élimination finale en toute sécurité des déchets piquants/coupants/tranchants <sup>3</sup>	85	74	92	11	81	78	73	94	99	100	88	23	89	85	80
Élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux <sup>4</sup>	79	51	80	6	63	14	60	76	61	80	51	8	54	52	59
Stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants <sup>5</sup>	63	98	100	95	98	96	87	94	94	82	100	80	95	94	87
Stockage approprié des déchets infectieux <sup>6</sup>	39	44	49	30	94	96	41	36	26	29	58	69	88	69	55
Désinfectant/Antiseptique <sup>7</sup>	80	72	100	100	100	100	95	87	95	94	100	100	94	98	91
Seringues et aiguilles <sup>8</sup>	65	47	100	100	100	95	84	35	13	35	92	94	79	92	71
Savon	90	100	100	100	100	89	92	79	49	67	100	94	97	98	90
Eau courante <sup>9</sup>	88	95	82	100	94	68	89	77	49	72	97	89	91	97	86
Savon et eau courante	88	95	82	100	94	68	89	77	43	67	97	89	91	97	86
Lave-main à base d'alcool	73	54	63	100	58	95	41	53	19	53	22	94	89	9	61
Savon et eau courante ou lave-main à base d'alcool	96	95	100	100	100	95	89	83	45	86	100	94	91	97	92
Gants en latex <sup>10</sup>	75	95	100	100	100	100	95	94	77	91	100	94	94	98	91
Masques	37	5	10	25	0	32	35	20	4	2	35	20	43	38	25
Blouses	92	100	100	100	100	89	100	83	77	75	100	89	96	98	93
Protège-yeux	10	0	0	5	6	16	5	0	0	0	0	0	6	5	4
Normes et protocoles pour les mesures de précautions de base <sup>11</sup>	33	66	94	100	98	39	60	53	41	59	66	39	55	58	57
Effectif des structures	71	25	22	14	23	9	17	23	17	29	12	24	48	29	364

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau comprennent les éléments de base pour le contrôle des infections pour évaluer la disponibilité des services généraux au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

<sup>1</sup> La structure déclare que certains équipements sont traités dans la structure et que la structure dispose d'un stérilisateur électrique à chaleur sèche fonctionnel, un autoclave électrique fonctionnel, ou un autoclave non-électrique avec une source de chaleur fonctionnel disponible n'importe où dans la structure.

<sup>2</sup> La structure déclare que certains équipements sont traités dans la structure et que la structure dispose d'une bouilloire électrique fonctionnelle ou autre casserole avec une source de chaleur pour la désinfection à haut niveau par ébullition ou la désinfection à haut niveau à la vapeur, ou encore que la structure a le chlore, le formaldéhyde ou le glutaraldéhyde pour la désinfection à haut niveau chimique disponible quelque part dans la structure le jour de l'enquête.

<sup>3</sup> Le processus d'élimination des déchets piquants/coupants/tranchants est l'incinération et la structure a un incinérateur fonctionnel avec du carburant le jour de l'enquête, ou encore la structure élimine les déchets piquants/coupants/tranchants au moyen de feux à ciel ouvert dans un environnement protégé avant l'enlèvement hors de la structure.

<sup>4</sup> Le processus d'élimination des déchets infectieux est l'incinération et la structure a un incinérateur fonctionnel avec du carburant le jour de l'enquête, ou encore la structure élimine les déchets infectieux au moyen de feux à ciel ouvert dans un endroit protégé, le dépôt sur décharge sans combustion dans un environnement protégé, ou l'élimination hors de la structure avec stockage avant l'enlèvement hors de la structure.

<sup>5</sup> La boîte pour objets tranchants (boîte de sécurité) est observée dans le service principal de consultation externe, à l'endroit où le dépistage du VIH se fait si la structure fait le dépistage du VIH, ainsi qu'à l'endroit où la chirurgie mineure se fait, si la structure fait des chirurgies mineures.

<sup>6</sup> Les poubelles sont observées dans le service principal de consultation externe, à l'endroit où le dépistage du VIH se fait si la structure fait le dépistage du VIH, ainsi qu'à l'endroit où la chirurgie mineure se fait, si la structure fait des chirurgies mineures.

<sup>7</sup> Désinfectant à base de chlore ou à base d'autres produits spécifiques au pays utilisé pour la désinfection de l'environnement, disponible dans le service principal de consultation externe.

<sup>8</sup> Seringues jetables à usage unique avec aiguilles ou seringues autobloquantes avec aiguilles disponibles à l'endroit principal de consultation externe.

<sup>9</sup> Robinet, l'eau dans un seau avec robinet, ou un pichet disponible à l'endroit principal de consultation externe.

<sup>10</sup> Les gants équivalents pas en latex sont acceptables.

<sup>11</sup> N'importe quels normes et protocoles sur le contrôle des infections dans la structure disponible à l'endroit principal de consultation externe.

### 3.4 Capacité de diagnostic des laboratoires

L'aide au diagnostic est dans beaucoup de situations une étape déterminante pour une prise en charge correcte des patients.

Les tableaux 3.4.1 et 3.4.2 présentent la capacité de diagnostic de laboratoire en ce qui concerne les tests de base et de diagnostic avancé, de même que la disponibilité des équipements d'imagerie diagnostique, selon le type de structure et l'autorité de gestion, et selon la région.

L'ECPSS 2012-2013 a permis de révéler une faiblesse des capacités des structures sanitaires publiques comme privées à effectuer les tests de diagnostic de laboratoire de base et avancés. En effet, on note que les structures sont généralement capables de faire les tests pour le diagnostic du paludisme et du VIH (respectivement 83 % et 82 % au niveau national). Par contre seulement 17 % sont capables de faire la glycémie et 3 % seulement disposent d'appareil de radiographie. À noter que la plupart des moyens de diagnostic ne sont généralement disponibles que dans les hôpitaux ; les équipements d'imagerie diagnostique étant disponibles dans environ un hôpital sur trois. Il faut aussi noter que le TDR du paludisme était disponible dans 53 % des cases de santé visitées.

Tableau 3.4.1 Capacité de diagnostic de laboratoire par type de structure et autorité de gestion

Parmi toutes les structures, pourcentage des structures ayant la capacité d'effectuer les tests de diagnostic de laboratoire de base et avancés dans la structure, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2012-2103

Tests de laboratoire	Type de structure			Autorité de gestion		Total	Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé		
<b>Tests de base</b>							
Hémoglobine	64	53	5	10	20	11	NA
Glycémie	17	39	15	17	20	17	NA
Test de diagnostic du Paludisme	70	91	83	88	60	83	53
Protéinurie	57	35	20	23	24	23	NA
Glucosurie	53	37	20	24	21	23	NA
Test de dépistage du VIH	61	79	83	91	39	82	NA
Collection de tache de sang séché	29	38	1	6	6	6	NA
Microscopie de la TB	30	51	1	6	8	7	NA
Test de diagnostic rapide de la Syphilis	12	5	2	3	4	3	NA
Microscopie générale	63	75	6	13	25	15	NA
Test de grossesse urinaire	54	42	20	24	24	24	NA
Test de la fonction hépatique ou rénale (ALT ou Créatinine)	63	48	1	8	8	8	NA
<b>Tests de diagnostic avancé</b>							
Electrolytes sériques	61	48	2	8	12	9	NA
Numération formule sanguine complète avec différentiels	61	48	2	8	12	9	NA
Groupage sanguine et compatibilité	32	9	1	2	7	3	NA
Comptage de CD4	23	12	0	2	0	2	NA
Sérologie de la Syphilis	5	8	0	1	0	1	NA
Coloration de Gram	59	41	4	8	20	10	NA
Microscopie des selles	55	58	5	9	23	12	NA
LCR <sup>1</sup> /Numération du fluide corporel	47	53	6	10	19	12	NA
<b>Equippedement de l'imagerie diagnostic</b>							
Appareil de radiographie	36	10	1	3	4	3	NA
Machine/Système a ultrason	38	15	3	3	17	6	NA
CT scan	29	9	0	2	4	3	NA
Effectif des structures	17	30	317	302	62	364	74

NA = Non applicable

Note: Les indicateurs des tests de base présentés dans ce tableau comprennent le domaine de capacité de diagnostic pour évaluer la disponibilité des services généraux au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

<sup>1</sup> LCR = liquide céphalo-rachidien.

Tableau 3.4.2. Capacité de diagnostic de laboratoire par région

Parmi toutes les structures, pourcentage des structures ayant la capacité d'effectuer les tests de diagnostic de laboratoire de base et avancés dans la structure, la région, Sénégal ECPSS 2012-2103

Tests de laboratoire	Région													Total		
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès		Ziguinchor	
<b>Tests de base</b>																
Hémoglobine	23	8	2	10	8	17	3	4	7	13	5	13	16	0	11	
Glycémie	8	10	2	8	2	8	3	43	0	35	37	4	4	83	17	
Test de diagnostic du Paludisme	69	95	82	100	75	96	43	70	94	100	91	100	81	98	83	
Protéinurie	18	52	2	6	10	11	3	55	1	30	31	14	11	66	23	
Glucosurie	16	52	2	6	10	11	3	55	0	40	31	14	11	66	23	
Test de dépistage du VIH	62	93	88	100	83	80	68	80	100	91	91	83	84	91	82	
Collection de tache de sang séché	7	8	4	6	2	11	3	4	1	7	5	13	6	2	6	
Microscopie de la TB	8	6	6	8	4	7	5	9	4	4	9	8	9	2	7	
Test de diagnostic rapide de la Syphilis	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	14	9	0	3	
Microscopie générale	24	8	12	10	12	17	13	11	4	16	11	13	15	17	15	
Test de grossesse urinaire	17	18	2	11	8	11	19	61	1	45	34	24	11	66	24	
Test de la fonction hépatique ou rénale (ALT ou Créatinine)	20	8	2	2	12	11	3	9	1	5	5	3	6	2	8	
<b>Tests de diagnostic avancé</b>																
Electrolytes sériques	20	8	2	6	8	12	3	4	1	4	5	13	12	0	9	
Numération formule sanguine complète avec différentiels	20	8	2	6	8	12	3	4	1	4	5	13	12	0	9	
Groupe sanguine et compatibilité	4	2	0	6	6	3	5	0	1	4	0	0	7	0	3	
Comptage de CD4	3	5	2	2	0	9	3	4	1	2	0	0	0	2	2	
Sérologie de la Syphilis	2	0	0	0	0	0	3	0	1	0	2	2	1	0	1	
Coloration de Gram	17	8	8	10	10	10	5	4	4	14	5	3	14	3	10	
Microscopie des selles	16	8	10	10	12	7	11	2	4	14	11	13	15	11	12	
LCR/Numération du fluide corporel	18	6	12	6	8	17	16	6	3	16	8	1	9	22	12	
<b>Equipement de l'imagerie diagnostic</b>																
Appareil de radiographie	7	6	2	0	4	0	3	2	0	2	2	0	4	3	3	
Machine/Système à ultrason	14	6	2	0	4	0	3	9	1	8	2	0	4	3	6	
CT scan	3	6	2	0	4	0	0	6	0	2	0	0	4	0	3	
Effectif des structures	71	25	22	14	23	9	17	23	17	29	12	24	48	29	364	

Note: Les indicateurs des tests de base présentés dans ce tableau comprennent le domaine de capacité de diagnostic pour évaluer la disponibilité des services généraux au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

<sup>1</sup> LCR = liquide céphalo-rachidien.

### 3.5 Répartition du personnel dans les établissements enquêtés

Normalement, chaque structure de santé devrait disposer d'un nombre minimum de prestataires en poste, en fonction du niveau de complexité des services offerts. Le tableau 3.5 présente le nombre médian de prestataires engagés par ou affectés à la structure selon le type de prestataire et le type de structure.

L'ECSS a montré que ce sont les hôpitaux et les centres de santé qui disposent du personnel le plus nombreux, le plus varié et le plus qualifié. Les prestataires du type 1, regroupant les médecins généralistes, les spécialistes et les chirurgiens, et ceux du type 2, regroupant les techniciens supérieurs, se retrouvent spécifiquement au niveau des hôpitaux et des centres de santé. Les prestataires du type 3 qui regroupent les infirmières, assistants infirmiers et les sages-femmes se retrouvent dans toutes les structures sauf au niveau des cases de santé. Le personnel communautaire, représentant le type 5 et regroupant tous les Agents de Santé Communautaire (ASC) se retrouve généralement dans les centres, postes et cases de santé. Par contre, les prestataires du type 4 regroupant les pharmaciens et les biologistes ne sont disponibles que dans les hôpitaux.

Tableau 3.5 Configuration de personnel dans les structures interviewées

Nombre médian<sup>1</sup> des prestataires, engagés par, ou affectés à la structure, selon le type de prestataire et le type de structure. Sénégal ECPSS 2012-2013

Type de structure	Nombre médian des prestataires engagés par/affectés à la structure					Effectif des structures
	Prestataire type 1 - médecin gen/chir/spec	Prestataire type 2 - technicien	Prestataire type 3 - infirmière ass./ sage femme	Prestataire type 4 - pharmacien/ biologiste	Prestataire type 5 - matrone/ relais/ASC	
Hôpital	2	5	16	1	-	17
Centre de santé	2	3	10	-	9	30
Poste de santé	-	-	2	-	9	391
Total	-	-	2	-	9	364
Case de santé	NA	NA	NA	NA	5	74

NA = Non applicable

- = Nombre médian est inférieur à un.

<sup>1</sup> Chiffres fournis par le responsable de la structure.

### 3.6 Les services de santé de l'enfant

Le Sénégal, à travers le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, a consenti des efforts importants pour réduire la mortalité infanto juvénile. Au regard du niveau des indicateurs de l'EDS V de 2010, l'état de santé des enfants reste toujours préoccupant, particulièrement celui des nouveau-nés malgré une amélioration progressive. L'ECSS 2012-2013 a permis d'évaluer :

- la disponibilité des services de santé infantile ;
- la fréquence de la disponibilité des services de santé infantile : soins curatifs infantiles et suivi de la croissance ;
- la fréquence de la disponibilité des services de santé infantile: service de vaccination ;
- la disponibilité des vaccins.

## **Disponibilité des services de santé infantile**

Le tableau 3.6 décrit la disponibilité des services de santé infantile : les soins curatifs infantiles, le suivi de la croissance et la vaccination infantile selon le type de structures, l'autorité de gestion et la région.

Près de neuf structures publiques sur dix offrent les trois services de santé infantile (88 %) contre seulement quatre sur dix dans le privé (42 %). Les postes de santé sont les structures qui offrent dans une plus grande proportion les trois services avec 84 % contre 68 % pour les centres de santé et 30 % pour les hôpitaux. Les hôpitaux sont des structures de référence où le service infantile le plus offert correspond aux soins curatifs (82 %). Par contre, pour la vaccination, les postes de santé sont plus performants que toutes les autres structures avec 87 % de disponibilité.

La disponibilité des services de soins curatifs et de suivi de la promotion de la croissance est meilleure dans les structures de proximité (case, poste), ce qui constitue un atout pour la population du fait de leur accessibilité géographique et socioculturelle. Malgré le fait que 97 % des cases de santé proposent les services de soins curatifs et 87 % ceux de suivi de la promotion de la croissance, la vaccination n'est offerte que dans 45 % des cases en stratégie avancée.

**Tableau 3.6. Disponibilité des services de santé infantile**

Parmi toutes les structures, pourcentages offrant des services de santé infantile spécifiques dans la structure, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant:					Effectif des structures
	Soins curatifs infantiles	Suivi de la croissance	Vaccination infantile <sup>1</sup>	Tous les 3 services de santé infantile de base	Supplémentation de routine en vitamine A	
<b>Type de structure</b>						
Hôpital	82	61	34	30	52	17
Centre de santé	94	68	75	68	62	30
Poste de santé	95	89	87	84	85	317
<b>Autorité de gestion</b>						
Publique	98	91	92	88	90	302
Privé	75	63	42	42	40	62
<b>Région</b>						
Dakar	78	71	70	68	55	71
Diourbel	98	98	97	97	97	25
Fatick	100	100	100	100	100	22
Kaffrine	100	100	91	91	100	14
Kaolack	100	75	79	67	89	23
Kédougou	84	75	72	72	75	9
Kolda	97	81	70	62	76	17
Louga	98	96	87	87	96	23
Matam	100	99	99	99	86	17
Saint Louis	100	100	88	88	100	29
Sédhiou	100	95	95	95	94	12
Tambacounda	94	68	74	68	55	24
Thiès	98	91	80	77	86	48
Ziguinchor	100	84	95	84	91	29
Total	94	86	83	80	82	364
Case de santé	97	87	45	44	52	74

NA = Non applicable

<sup>1</sup> L'offre routinière des vaccins de DTC/Pentavalent, polio et le vaccin contre la rougeole dans la structure.

En ce qui concerne la supplémentation de routine de la vitamine A, les postes de santé sont les structures qui offrent le plus fréquemment ce service avec 85 %, suivi des centres de santé avec 62 % et des hôpitaux et cases de santé avec 52 %.

Par ailleurs, on note une bonne répartition de tous les services de santé infantile de base sur l'ensemble du territoire national allant de 62 % à Kolda à 100 % dans la région de Fatick. Au niveau national, la disponibilité des 3 services infantiles de base se situe à 80 % pour l'ensemble des structures.

Le tableau 3.7 présente la fréquence de la disponibilité des services de santé infantile - soins curatifs infantiles et suivi de la croissance en fonction du type de structure, de l'autorité de gestion et de la région.

Généralement, toutes les structures offrant des soins curatifs infantiles le font à une fréquence de 5 jours ou plus par semaine (97 %), surtout au niveau des postes de santé et centres de santé et ceci dans toutes les régions. Le plus faible pourcentage étant noté à Dakar avec 93 %.

Par contre, pour le suivi de la croissance, seul un poste de santé sur deux assure le suivi de la croissance à cette fréquence parmi les structures qui offrent ce service, et très peu de cases de santé offrent ce service : 8 % le font 5 jours ou plus par semaine, tandis que 1 % le font 1 à 2 fois par semaine.

**Tableau 3.7** Fréquence de la disponibilité des services de santé infantile - soins curatifs infantiles et suivi de la croissance

Parmi toutes les structures offrant les soins curatifs infantiles et le suivi de la croissance, pourcentages des structures offrant ce service dans la structure et a une fréquence spécifique, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Soins curatifs infantiles				Suivi de la croissance			
	1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5 jours et plus par semaine	Effectif des structures	1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5 jours et plus par semaine	Effectif des structures
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	11	0	89	14	8	0	92	10
Centre de santé	3	0	97	28	26	2	64	20
Poste de santé	1	0	98	301	19	0	50	282
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	1	0	99	297	19	0	51	274
Privé	7	1	89	46	17	0	58	39
<b>Région</b>								
Dakar	7	0	93	56	17	1	81	51
Diourbel	0	0	100	24	22	0	62	24
Fatick	0	0	100	22	30	0	18	22
Kafrine	0	0	100	14	11	0	9	14
Kaolack	0	0	100	23	74	0	10	18
Kédougou	0	6	94	7	0	0	29	7
Kolda	0	0	100	17	7	0	73	14
Louga	0	0	100	22	6	0	87	22
Matam	0	0	100	17	18	0	76	17
Saint Louis	0	0	100	29	0	0	100	29
Sédhiou	0	0	100	12	27	0	12	11
Tambacounda	0	0	100	23	15	0	19	16
Thiès	3	0	94	47	25	0	50	44
Ziguinchor	0	0	95	29	11	0	2	25
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>97</b>	<b>343</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>52</b>	<b>313</b>
Case de santé	5	0	88	72	1	0	8	65

Note : Certaines structures n'offrent le service que moins d'un jour par semaine, ce qui explique que la somme de pourcentage n'atteint pas toujours 100%.

Le suivi de la croissance à une fréquence de cinq jours ou plus de façon est rarement disponible dans les régions de Ziguinchor (2 %), Kaffrine (9 %) et Kaolack (10 %).

***Fréquence de la disponibilité des services de santé infantile :  
service de vaccination***

Le tableau 3.8 montre la fréquence de la disponibilité des services de santé infantile/services de vaccination et fournit les proportions de structures qui offrent des services de vaccination de routine aux enfants.

Globalement, même si les services de vaccination de routine sont disponibles dans l'ensemble des structures, ils sont rarement offerts cinq jours et plus dans la semaine.

Alors que les vaccins polio et DTC/PENTA sont administrés pratiquement tous les jours ouvrables de la semaine dans une structure sur trois (39 %), ceux contre la rougeole et la tuberculose le sont respectivement à 6 % et à 4 % parmi toutes les structures offrant les services de routine de vaccination infantile.

Tableau 3.8. Fréquence de la disponibilité des services de santé infantile - services de vaccination

Parmi toutes les structures offrant les services de routine de vaccination infantile spécifique, pourcentages des structures offrant ce service dans la structure et a une fréquence spécifique, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Vaccination de routine de la polio			Vaccination de routine du DTC/Pentavalent			Vaccination de routine de la rougeole			Vaccination de routine du BCG		
	1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5 jours et plus par semaine	Effectif des structures	1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5 jours et plus par semaine	Effectif des structures	1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5 jours et plus par semaine	Effectif des structures
<b>Type de structure</b>												
Hôpital	35	0	54	6	35	0	54	6	42	0	47	6
Centre de santé	35	4	41	22	37	4	38	22	59	2	6	22
Poste de santé	26	0	35	277	23	0	38	277	35	0	5	276
<b>Autorité de gestion</b>												
Publique	27	0	37	279	24	0	40	279	38	0	5	278
Privé	28	0	22	26	28	0	22	26	31	0	16	26
<b>Région</b>												
Dakar	35	2	56	50	29	2	64	50	58	0	15	50
Diourbel	11	0	72	24	11	0	72	24	49	2	6	24
Fatick	36	0	18	22	36	0	18	22	18	0	0	22
Kafrine	23	0	0	13	23	0	0	13	23	0	0	13
Kaolack	58	0	14	20	58	0	14	20	62	0	0	19
Kédougou	6	0	0	6	6	0	0	6	6	0	0	6
Kolda	15	0	11	12	27	0	0	12	27	0	0	12
Louga	9	0	65	20	9	0	65	20	16	0	3	19
Matam	38	0	30	17	26	0	35	17	62	0	6	17
Saint Louis	23	0	67	25	17	0	77	25	47	0	0	25
Sédhiou	27	0	18	11	21	0	24	11	21	0	6	11
Tambacounda	22	0	25	18	22	0	25	18	22	0	15	18
Thiès	31	0	31	38	31	0	35	38	47	0	8	38
Ziguinchor	18	0	5	28	8	0	10	28	3	0	0	28
Total	27	0	35	305	24	0	39	305	37	0	6	304
Case de santé	NA	NA	NA	0	0	0	2	34	NA	NA	NA	NA

NA = Non applicable Note : Certaines structures n'offrent le service que moins d'un jour par semaine, ce qui explique que la somme de pourcentage n'atteint pas toujours 100%.

## Disponibilité des vaccins

Le tableau 3.9 décrit la disponibilité des vaccins selon le type de structure, l'autorité de gestion et la région. Cette disponibilité n'a été évaluée que dans les structures qui stockent des vaccins.

Parmi les structures qui offrent les services de vaccination infantile et stockent des vaccins en routine, les centres de santé ont la meilleure disponibilité des vaccins. En effet, 93 % d'entre eux possèdent tous les vaccins infantiles de base (DTC/Pentavalent, vaccin oral de la polio, vaccin de la rougeole et vaccin du BCG) contrairement aux hôpitaux et aux postes de santé qui n'en possèdent respectivement qu'à 84 % et 69 %.

Tableau 3.9 Disponibilité des vaccins

Parmi les structures qui offrent les services de vaccination infantile et stockent les vaccins de façon routinière dans la structure, pourcentages ayant des vaccins indiqués et non périmés observés le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services de vaccination infantile et stockant les vaccins ayant les vaccins suivant observés:					Effectif des structures offrant les services de vaccination infantile et stockant les vaccins
	Pentavalent <sup>1</sup>	Vaccin oral de la polio	Vaccin de la rougeole	Vaccin du BCG	Tous les vaccins infantiles de base <sup>2</sup>	
<b>Type de structure</b>						
Hôpital	100	84	100	100	84	3
Centre de santé	98	98	100	95	93	22
Poste de santé	89	91	91	82	69	262
<b>Autorité de gestion</b>						
Publique	90	92	93	84	72	266
Privé	87	85	73	74	64	22
<b>Région</b>						
Dakar	97	91	93	89	82	45
Diourbel	94	100	94	94	83	24
Fatick	88	88	88	88	88	22
Kafrine	95	90	90	95	79	13
Kaolack	10	90	100	81	10	14
Kédougou	85	41	85	71	27	6
Kolda	92	92	92	85	61	12
Louga	100	93	100	86	79	20
Matam	100	100	94	87	81	16
Saint Louis	84	89	89	79	68	25
Sédhiou	88	76	88	88	70	11
Tambacounda	82	82	91	86	78	15
Thiès	100	100	92	92	88	35
Ziguinchor	95	95	81	42	42	28
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>83</b>	<b>71</b>	<b>287</b>

Note: Les mesures présentées dans ce tableau, correspondent aux indicateurs figurant dans le cadre de domaine des médicaments et des produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services de vaccination de routine des enfants au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

<sup>1</sup> Pentavalent = DTC + hépatite B + h emophilus influenza B.

<sup>2</sup> Au moins un flacon ou une ampoule non périmé de chaque vaccin de DTC/Pentavalent, vaccin oral de la polio, vaccin de la rougeole et vaccin du BCG et avec diluants disponibles.

La disponibilité des vaccins dans les régions connaît de grandes disparités avec 8 des 14 régions ayant des taux au-dessus la moyenne nationale de 71 %. Il s'agit des régions de Fatick et Thiès avec 88 % qui sont les plus performantes dans ce domaine. Par contre, dans les régions de Kaolack, Kédougou et Ziguinchor, les proportions des structures qui offrent des services de vaccination et qui stockent des vaccins sont les plus faibles avec respectivement 10 %, 27 % et 42 %. Toutes les autres régions ont une disponibilité supérieure à 50 %.

### **3.7 La planification familiale**

Au cours de l'ECPSS 2012-2013, des données ont été collectées sur la disponibilité des services de planification familiale et les normes et protocoles liés aux services offerts, de même que sur la gestion et les composantes techniques qui garantissent des services de bonne qualité et le respect par les prestataires des directives et des normes et protocoles pour la prestation des services de PF.

#### ***Disponibilité des services de PF selon les caractéristiques de base***

Une structure qui offre une gamme étendue de méthodes de planification sera davantage en mesure de répondre aux besoins des utilisatrices.

Le tableau 3.10 présente la disponibilité des services de planification familiale

Plus de trois quarts des structures de santé (85 %) offrent certaines méthodes temporaires, y compris la Méthode des Jours Fixes (MJF) ou une méthode moderne quelconque de PF. Il est plus fréquent de trouver des méthodes temporaires dans les centres et postes de santé (respectivement 78 % et 87 %) que dans les hôpitaux (65 %). De même, les structures publiques (94 %) offrent plus fréquemment ces méthodes temporaires que les structures privées (39 %). Par ailleurs, la disponibilité de la stérilisation masculine (la vasectomie) ou féminine (la ligature des trompes) est absente dans les régions de Kaffrine, Kédougou et Tambacounda ; elle est faible partout ailleurs sauf dans les régions de Diourbel (89 %) et de Kaolack (98 %).

Tableau 3.10 Disponibilité des services de planification familiale

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant des méthodes temporaires de planification familiale (PF), stérilisation masculine ou féminine, et pourcentage offrant n'importe quelle méthode de PF, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Disponibilité des services de planification familiale						Effectif des structures
	Pourcentage offrant une méthode quelconque temporaire moderne de PF <sup>1</sup>	Pourcentage offrant conseil sur l'abstinence périodique/rythme	Pourcentage offrant une méthode temporaire quelconque de PF <sup>2</sup>	Pourcentage offrant la stérilisation masculine ou féminine <sup>3</sup>	Pourcentage offrant une méthode moderne quelconque de PF <sup>4</sup>	Pourcentage offrant une méthode quelconque de PF <sup>5</sup>	
<b>Type de structure</b>							
Hôpital	65	45	65	35	65	65	17
Centre de santé	78	55	78	41	78	78	30
Poste de santé	87	62	87	46	87	87	317
<b>Autorité de gestion</b>							
Publique	94	67	94	49	94	94	302
Privé	39	32	39	25	39	39	62
<b>Région</b>							
Dakar	71	54	71	48	71	71	71
Diourbel	95	95	95	89	95	95	25
Fatick	100	74	100	67	100	100	22
Kaffrine	91	0	91	0	91	91	14
Kaolack	98	98	98	98	98	98	23
Kédougou	75	7	75	0	75	75	9
Kolda	73	70	73	51	73	73	17
Louga	90	69	90	27	90	90	23
Matam	94	75	94	53	94	94	17
Saint Louis	91	86	91	58	91	91	29
Sédhiou	97	86	97	37	97	97	12
Tambacounda	80	11	80	0	80	80	24
Thiès	83	42	83	23	83	83	48
Ziguinchor	81	68	81	48	81	81	29
Total	85	61	85	45	85	85	364
Case de santé	43	33	43	NA	43	43	74

NA = Non applicable

<sup>1</sup> La structure fournit, prescrit ou conseille les clients sur l'une des méthodes suivantes: pilules contraceptives (combinées ou progestatives seulement), injections (combinées ou progestatives seulement), implants, dispositif intra utérin (DIU), condom masculin, condom féminin, Collier du cycle pour la méthode des jours fixes ou autres méthodes modernes telles que le diaphragme ou spermicides.

<sup>2</sup> La structure fournit, prescrit ou conseille les clients sur l'une des méthodes suivantes: pilules contraceptives (combinées ou progestatives seulement), injections (combinées ou progestatives seulement), implants, dispositifs intra utérin (DIU), condom masculin, condom féminin, Collier du cycle pour la méthode des jours fixes ou conseille sur l'abstinence périodique/rythme.

<sup>3</sup> Les prestataires performant la stérilisation masculine ou féminine dans la structure, ou conseillent les clients sur la stérilisation masculine ou féminine.

<sup>4</sup> La structure fournit, prescrit ou conseille les clients sur l'une des méthodes suivantes: pilules contraceptives (combinées ou progestatives seulement), injections (combinées ou progestatives seulement), implants, dispositif intra utérin (DIU), condom masculin, condom féminin, Collier du cycle pour la méthode des jours fixes, la stérilisation féminine (ligature des trompes) ou la stérilisation masculine (vasectomie).

<sup>5</sup> La structure fournit, prescrit ou conseille les clients sur l'une des méthodes suivantes: pilules contraceptives (combinées ou progestatives seulement), injections (combinées ou progestatives seulement), implants, dispositif intra utérin (DIU), condom masculin, condom féminin, Collier du cycle pour la méthode des jours fixes, la stérilisation féminine (ligature des trompes) ou la stérilisation masculine (vasectomie) ou conseille sur l'abstinence périodique/rythme.

### ***Structures de santé fournissant, prescrivant ou conseillant les clients sur une méthode quelconque de PF***

On attend des prestataires de méthodes de PF qu'ils communiquent à leurs clients certaines informations de base, notamment celles concernant l'utilisation de la méthode, les changements possibles, et les effets secondaires éventuels et mesures à prendre quand surviennent des problèmes liés à la méthode.

Les tableaux 3.11.1 et 3.11.2 présentent, pour les structures offrant un service quelconque de planification familiale, le pourcentage de celles qui fournissent, prescrivent ou conseillent les clients sur une méthode quelconque de PF, selon le type de structure et l'autorité de gestion, et selon la région.

On constate que dans pratiquement toutes les structures offrant un service quelconque de PF, les pilules contraceptives orales combinées (97 %), les pilules orales progestatives seulement (96 %) et les injectables progestatifs seuls (97 %) sont de loin les plus fournies, prescrites ou conseillées aux patients. La ligature des trompes l'est dans une structure sur deux (53 %) et la vasectomie ne l'est que dans une de ces structures sur trois (29 %).

Tableau 3.11.1 Méthodes de planification familiale offerte: Type de structure et Autorité de gestion

Parmi les structures offrant un service quelconque de planification familiale, pourcentage qui fournit, prescrit ou conseille les clients sur une méthode quelconque de planification familiale, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2012-2103

Méthode fournie, prescrite ou conseillée	Type de structure			Autorité de gestion		Total	Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé		
Pilule contraceptive orale combinée	90	100	97	98	89	97	94
Pilule orale progestative seulement	90	100	96	97	89	96	91
Injectable progestatif seul (2- ou 3- mois)	93	98	97	97	90	97	67
Injectable combinée	58	63	55	56	49	55	44
Condom masculin	81	90	93	93	86	92	90
Condom féminin	72	79	70	70	84	71	68
Dispositif intra utérin (DIU)	96	94	83	83	91	84	NA
Implant	95	98	84	85	91	86	NA
Collier du cycle (méthode des jours fixes <sup>1</sup> )	82	84	79	79	93	80	89
Ligature des trompes	54	53	53	52	64	53	NA
Vasectomie	25	27	29	27	56	29	NA
Au moins 2 méthodes temporaires modernes <sup>1</sup>	100	100	99	100	93	99	94
Au moins 4 méthodes temporaires modernes <sup>1</sup>	100	100	98	98	93	98	90
Contraception d'urgence	93	84	72	72	91	73	NA
L'abstinence périodique/rythme	69	70	72	71	81	72	78
Effectif des structures offrant un service quelconque de planification familiale	11	23	274	284	24	309	32

NA = Non applicable

<sup>1</sup> N'importe quelle méthode moderne autre que la stérilisation masculine ou féminine.

Tableau 3.11.2. Méthodes de planification familiale offerte: Région

Parmi les structures offrant un service quelconque de planification familiale, pourcentage qui fournit, prescrit ou conseille les clients sur une méthode quelconque de planification familiale, selon la région, Sénégal ECPSS 2012-2103

Méthode fournies, prescrites ou conseillées	Région														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kafrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès	Ziguinchor	
Pilule contraceptive orale combinée	98	100	100	100	100	65	100	100	100	100	100	79	96	100	97
Pilule orale progestative seulement	98	100	100	100	100	72	93	100	100	100	100	79	96	94	96
Injectable progestatif seul (2- ou 3- mois)	97	89	94	100	97	93	89	100	100	100	100	100	96	100	97
Injectable combinée	46	100	94	100	97	79	26	7	9	20	0	100	81	0	55
Condom masculin	96	89	86	100	92	93	100	100	88	100	100	91	80	94	92
Condom féminin	72	76	57	33	92	45	74	93	57	100	79	51	49	89	71
Dispositif intra utérin (DIU)	98	89	77	48	100	24	100	100	81	95	94	63	72	77	84
Implant	98	89	82	53	100	29	100	100	81	95	94	58	76	89	86
Collier du cycle (méthode des jours fixes <sup>1</sup> )	87	100	80	33	100	36	100	100	94	95	94	30	68	60	80
Ligature des trompes	68	94	67	0	100	0	70	30	57	64	38	0	27	58	53
Vasectomie	31	89	67	0	100	0	7	9	9	13	0	0	19	0	29
Au moins 2 méthodes temporaires modernes <sup>1</sup>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96	100	99
Au moins 4 méthodes temporaires modernes <sup>1</sup>	100	100	94	100	100	72	100	100	100	100	100	93	96	100	98
Contraception d'urgence	86	100	80	35	94	22	82	86	60	95	94	42	39	72	73
L'abstinence périodique/rythme	77	100	74	0	100	9	96	77	80	95	88	14	51	83	72
Effectif des structures offrant un service quelconque de planification familiale	51	23	22	13	23	7	13	20	16	26	11	19	40	24	309

<sup>1</sup> N'importe quelle méthode moderne autre que la stérilisation masculine ou féminine.

## **Structures de santé fournissant une méthode spécifique de PF aux clients**

Les tableaux 3.12.1 et 3.12.2 présentent, pour les structures offrant un service quelconque de planification familiale, les pourcentages de celles qui fournissent une méthode moderne spécifique, respectivement selon le type de structure et l'autorité de gestion, et selon la région.

Les trois-quarts des structures offrant un service quelconque de PF fournissent au moins deux méthodes temporaires modernes et seulement 1 % proposent la ligature ou la vasectomie.

Cependant, parmi les cases de santé qui offrent un service quelconque de PF l'Offre Initiale de Pilule (OIP) est une réalité dans une case de santé sur deux (54 % pour la pilule contraceptive orale combinée et 50 % pour les pilules orales progestatives seules).

Il faut aussi noter la non disponibilité de certaines méthodes spécifiques dans les régions de Ziguinchor, Sédhiou, Kolda et Tambacounda.

Tableau 3.12.1 Méthodes de planification familiale fournies<sup>1</sup> : Type de structure et Autorité de gestion

Parmi les structures offrant un service quelconque de planification familiale, pourcentage qui fournit aux clients une méthode moderne spécifique de planification familiale, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2012-2013

Méthodes fournies, prescrites ou conseillées	Type de structure			Autorité de gestion		Total	Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé		
Pilule contraceptive orale combinée	24	67	62	65	15	61	54
Pilule orale progestative seulement	24	67	62	65	15	61	50
Injectable progestatif seul (2- ou 3- mois)	29	69	64	66	27	63	5
Injectable combinée	17	42	38	41	3	38	0
Condom masculin	41	62	72	75	12	70	51
Condom féminin	29	40	39	41	7	38	22
Dispositif intra utérin (DIU)	25	52	31	34	17	33	NA
Implant	26	60	35	39	15	37	NA
Collier du cycle (méthode des jours fixes)	12	31	28	29	12	27	33
Ligature des trompes	0	2	1	1	0	1	NA
Vasectomie	0	2	1	1	0	1	NA
Au moins 2 méthodes temporaires modernes <sup>2</sup>	40	72	76	80	17	75	55
Au moins 4 méthodes temporaires modernes <sup>2</sup>	29	64	61	64	17	61	34
Contraception d'urgence	16	33	25	26	15	25	NA
Effectif des structures offrant un service quelconque de planification familiale	11	23	274	284	24	309	32

NA = Non applicable

<sup>1</sup> La structure déclare que les produits contraceptifs sont stockés dans la structure et qu'ils sont disponibles aux clients sans que ceux-ci ne soient obligés de les obtenir ailleurs. Dans le cas de vasectomie et de la ligature des trompes, la structure déclare que les prestataires performant ces procédures dans la structure.

<sup>2</sup> N'importe quelle méthode moderne autre que la stérilisation masculine au féminine.

Tableau 3.12.2. Méthodes de planification familiale fournies<sup>1</sup> : Région

Méthodes fournies, prescrites ou conseillées	Région														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kafrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès	Ziguinchor	
Pilule contraceptive orale combinée	43	91	55	100	83	58	0	100	91	93	0	71	60	0	61
Pilule orale progestative seulement	43	91	55	100	83	72	0	100	91	93	0	71	60	0	61
Injectable progestatif seul (2- ou 3- mois)	41	69	55	100	77	93	0	100	91	93	6	92	68	13	63
Injectable combinée	16	85	55	100	83	79	0	0	0	0	0	92	54	0	38
Condom masculin	54	74	51	98	57	93	44	91	79	95	30	82	64	92	70
Condom féminin	28	39	16	33	51	45	26	48	14	76	12	43	23	81	38
Dispositif intra utérin (DIU)	42	35	26	48	53	24	0	41	8	29	0	63	43	0	33
Implant	41	57	31	48	53	29	0	43	35	37	0	58	43	0	37
Collier du cycle (méthode des jours fixes)	18	74	43	0	59	9	0	27	20	58	0	0	26	0	27
Ligature des trompes	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
Vasectomie	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
Au moins 2 méthodes temporaires modernes <sup>2</sup>	47	91	69	100	83	100	26	100	91	95	12	93	75	81	75
Au moins 4 méthodes temporaires modernes <sup>2</sup>	43	91	49	100	77	72	0	93	79	93	0	85	64	0	61
Contraception d'urgence	31	85	23	31	59	16	0	5	8	22	0	23	9	6	25
Effectif des structures offrant un service quelconque de planification familiale	51	23	22	13	23	7	13	20	16	26	11	19	40	24	309

<sup>1</sup> La structure déclare que les produits contraceptifs sont stockés dans la structure et qu'ils sont disponibles aux clients sans que ceux-ci ne soient obligés de les obtenir ailleurs. Dans le cas de vasectomie et de la ligature des trompes, la structure déclare que les prestataires performant ces procédures dans la structure.

<sup>2</sup> N'importe quelle méthode moderne autre que la stérilisation masculine au féminine.

## **Disponibilité des produits de PF**

Les tableaux 3.13.1 et 3.13.2 présentent, pour les structures qui offrent chaque méthode moderne de planification familiale, la disponibilité des produits de PF, respectivement selon le type de structure et l'autorité de gestion, et selon la région.

Pratiquement toutes les méthodes déclarées comme étant fournies dans les structures offrant la méthode de PF indiquée étaient disponibles dans plus de trois quarts des structures enquêtées (80 %). Cependant, la disponibilité était plus faible dans les régions de Matam (48 %), Diourbel (67 %) et Louga (62 %).

**Tableau 3.13.1 Disponibilité des produits de planification familiale<sup>1</sup> : Type de structure et Autorité de gestion**

Parmi les structures qui offrent<sup>1</sup> la méthode moderne de planification familiale indiquée, pourcentage ou les produits étaient observés disponibles le jour de l'enquête, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2012-2013

Méthode	Type de structure			Autorité de gestion		Total	Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé		
Pilule contraceptive orale combinée	100	82	95	94	100	94	92
Pilule orale progestative seulement	100	97	93	93	100	94	62
Injectable progestatif seul (2- ou 3- mois)	100	97	95	96	100	96	100
Injectable combinée	100	91	97	97	100	97	NA
Condom masculin	80	74	90	89	100	89	100
Condom féminin	63	56	85	82	100	82	100
Dispositif intra utérin (DIU)	100	89	95	94	100	94	NA
Implant	100	93	95	95	100	95	NA
Collier du cycle (Méthode des jours fixes)	100	95	90	90	100	90	100
Toutes les méthodes fournies par la structure étaient disponibles le jour de l'enquête	81	64	81	77	100	80	90

NA = Non applicable

Note: Les mesures de la pilule contraceptive orale combinées, le contraceptif injectable et le Condom masculin présentées dans ce tableau comprennent le domaine des médicaments et des produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services de planification familiale au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012). Chaque combinaison de produit/méthode présentée dans ce tableau, était observé et était disponible dans l'endroit du service ou c'est stocké, et au moins une combinaison de produit/méthode observée était non périmée.

<sup>1</sup> La structure déclare que les produits contraceptifs sont stockés dans la structure et qu'ils sont disponibles aux clients sans que ceux-ci ne soient obligés de les obtenir ailleurs.

Tableau 3.13.2. Disponibilité des produits de planification familiale<sup>1</sup>: Région

Méthode	Région														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kafrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès	Ziguinchor	
Pilule contraceptive orale combinée	100	88	100	100	93	100	-	82	90	100	-	97	96	-	94
Pilule orale progestative seulement	100	81	100	100	100	100	-	93	66	100	-	100	92	-	94
Injectable progestatif seul (2- ou 3-mois)	93	92	100	100	100	100	-	93	93	100	100	100	88	100	96
Injectable combinée	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	100	83	-	97
Condom masculin	91	85	96	100	100	94	84	82	69	84	100	92	84	100	89
Condom féminin	83	71	63	84	88	71	86	52	100	83	100	89	70	100	82
Dispositif intra utérin (DIU)	93	100	100	100	100	70	-	77	100	95	-	100	89	-	94
Implant	98	90	100	100	100	100	-	100	82	86	-	100	89	-	95
Collier du cycle (Méthode des jours fixes)	69	100	100	-	100	37	-	100	69	91	-	-	74	-	90
Toutes les méthodes fournies par la structure étaient disponibles le jour de l'enquête	81	67	89	95	93	77	91	62	48	71	100	90	74	100	80

Note: Les dénominateurs pour chaque combinaison de produit / méthode sont différents dans le tableau. Les mesures de la pilule contraceptive orale combinée, le contraceptif injectable et le Condom masculin présentées dans ce tableau comprennent le domaine des médicaments et des produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services de planification familiale au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012). Chaque combinaison de produit/méthode présentée dans ce tableau, était observée et était disponible dans l'endroit du service ou c'est stocké, et au moins une combinaison de produit/méthode observée était non périmée.

<sup>1</sup> La structure déclare que les produits contraceptifs sont stockés dans la structure et qu'ils sont disponibles aux clients sans que ceux-ci ne soient obligés de les obtenir ailleurs.

### 3.8 Disponibilité des services de santé maternelle et soins pour le nouveau-né

L'ECPSS 2012-2013 a permis d'évaluer :

- la disponibilité des services de santé maternelle spécifique ;
- la disponibilité des lignes directrices, des moyens de transport et des équipements pour les services d'accouchement ;
- les médicaments et produits de base pour la prise en charge des accouchements et nouveau-nés ;
- le pourcentage de structures ayant offert des soins obstétricaux d'urgence au moins durant les trois derniers mois précédant l'enquête.

#### ***Disponibilité des services de santé maternelle spécifique***

Le tableau 3.14 présente la disponibilité des services de santé maternelle.

Globalement, les trois-quarts des structures de santé offrent des services de consultation prénatale (89 %) et 29 % des cases de santé en stratégie avancée. Dans tous les cas, ces services sont plus fréquemment offerts dans les postes de santé (91 %) et beaucoup plus fréquemment dans les structures publiques que privées (95 % contre 60 %). Même si ces services sont offerts dans toutes les régions, ils le sont moins fréquemment à Kolda (73 %) et Kédougou (75 %).

Les services d'accouchement normal sont offerts dans 76 % des structures et dans les trois-quarts des structures des régions, sauf à Dakar où seulement 37 % des structures offrent ce service.

Quant à la césarienne, seules 4 % des structures enquêtées offraient ce service ; elle est seulement offerte dans les hôpitaux (62 %) et certains centres de santé (10 %) avec une répartition inégale selon les régions – à Fatick aucune structure n'offre ce service, contre 10 % à Dakar et 7 % à Thiès et Kédougou.

Par ailleurs, la grande majorité (97 %) des structures enquêtées qui offrent des services d'accouchement normal ont déclaré qu'un prestataire des soins d'accouchement est disponible dans la structure ou sur appel 24 heures sur 24. Toutefois, un programme journalier n'a pu être observé que dans seulement 17 % de ces structures avec des très faibles pourcentages dans les régions de Sédhiou (0 %), Matam (3 %) et Kolda (4 %). Il convient de souligner une forte implication du privé dans la disponibilité de ces services 24 heures sur 24.

Tableau 3.14. Disponibilité des services de santé maternelle

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant les services spécifiques de maternité et les services complets de maternité et, parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage ayant un prestataire qualifié disponible dans la structure ou sur appel 24hrs/24 pour faire les accouchements, avec ou sans tableau de permanence/programme journalier d'affectation/visite d'appel observé, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant:					Pourcentage des structures offrant les services d'accouchement normal qui ont:		
	Consultation prénatale (CPN)	Services d'accouchement normal	Césarienne	CPN et services d'accouchement normal	CPN, services d'accouchement normal et Césariennes	Effectif des structures	Prestataires des soins d'accouchement disponibles dans la structure ou sur appel 24hrs/24 avec ou sans programme journalier observé	
							Prestataires des soins d'accouchement disponible dans la structure ou sur appel 24hrs/24, avec ou sans programme journalier observé	Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	76	80	62	73	55	17	78	97
Centre de santé	79	66	10	66	10	30	83	100
Poste de santé	91	76	1	76	1	317	8	96
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	95	85	3	85	3	302	14	97
Privé	60	29	12	27	10	62	59	100
<b>Région</b>								
Dakar	80	37	10	35	8	71	46	78
Diourbel	98	98	3	98	3	25	13	95
Fatick	100	94	0	94	0	22	7	100
Kafrine	91	91	6	91	6	14	12	100
Kaolack	92	86	2	86	2	23	20	93
Kédougou	75	75	7	75	7	9	22	100
Kolda	73	68	3	68	3	17	4	96
Louga	90	90	2	90	2	23	32	100
Matam	100	100	1	100	1	17	3	100
Saint Louis	91	86	2	86	2	29	6	100
Sédhiou	97	97	2	97	2	12	0	100
Tambacounda	80	72	1	72	1	24	10	100
Thiès	95	78	7	78	7	48	27	100
Ziguinchor	91	81	0	81	0	29	10	100
Total	89	76	4	75	4	364	17	97
Case de santé	29	76	NA	25	NA	74	NA	99

NA = Non applicable

## Disponibilité de soins prénatals

Le tableau 3.15 présente la disponibilité des services de consultations prénatales (CPN) selon le type de structure, l'autorité de gestion et la région, de même que le nombre de jours par semaine de disponibilité.

Globalement, 89 % des structures de santé offrent des services de CPN et, parmi celles offrant ces services, 93 % les offrent au moins cinq jours par semaine. Parmi les structures qui offrent les services de CPN, on note que ces services sont offerts plus régulièrement dans le public que dans le privé. En effet, 96 % de ces structures publiques offrent les services de CPN au moins cinq jours par semaine contre 63 % pour le privé.

Tableau 3.15. Disponibilité des services de consultation prénatale

Parmi toutes les structures, pourcentage qui offre les services de consultation prénatale (CPN), et parmi les structures offrant les services de CPN, pourcentage qui offrent ces services le nombre de jours indiqués par semaine, et pourcentage ayant le vaccin anti tétanique disponible tous les jours que le service CPN est offert, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures qui offrent la CPN	Effectif des structures	Pourcentage des structures offrant les CPN ou les services de CPN sont offerts le nombre de jours indiqués par semaine <sup>1</sup>			Vaccin anti tétanique tous les jours de CPN	Effectif des structures offrant la CPN
			1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5 jours et plus par semaine		
<b>Type de structure</b>							
Hôpital	76	17	0	8	92	58	13
Centre de santé	79	30	9	2	87	94	24
Poste de santé	91	317	5	1	93	96	287
<b>Autorité de gestion</b>							
Publique	95	302	2	1	96	98	287
Privé	60	62	28	5	63	70	37
<b>Région</b>							
Dakar	80	71	4	1	94	84	57
Diourbel	98	25	5	0	95	98	24
Fatick	100	22	12	0	88	100	22
Kaffrine	91	14	0	0	100	100	13
Kaolack	92	23	6	0	94	90	22
Kedougou	75	9	7	0	93	100	7
Kolda	73	17	0	4	96	89	13
Louga	90	23	0	0	100	98	20
Matam	100	17	6	0	94	100	17
Saint Louis	91	29	0	0	100	100	26
Sediou	97	12	0	12	88	100	11
Tambacounda	80	24	4	0	96	100	19
Thies	95	48	12	4	81	92	45
Ziguinchor	91	29	5	0	90	100	27
Total	89	364	5	1	93	95	324
Case de santé	29	74	5	0	13	NA	21

NA = Non applicable

<sup>1</sup> Certaines structures n'offrent les services de CPN que moins d'un jour par semaine, ce qui explique que la somme des pourcentages n'atteint pas toujours 100%.

## Disponibilité des médicaments et produits essentiels pour la CPN

Le tableau 3.16 présente la disponibilité des médicaments essentiels et du vaccin antitétanique pour la CPN dans les structures qui offrent les services de CPN.

Généralement, les comprimés de fer (85 %), acide folique (78 %) et le vaccin antitétanique (85 %) étaient disponibles dans plus des trois quarts des structures visitées offrant les services de CPN. Cependant, ces médicaments et produit sont beaucoup moins disponibles qu'ailleurs dans les hôpitaux et les structures privées offrant des services de CPN.

Tableau 3.16 Disponibilité des médicaments pour la consultation prénatale de routine

Parmi les structures offrant les services de consultation prénatale (CPN), pourcentage ayant des médicaments essentiels et de vaccin antitétanique pour la CPN observés et disponibles le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant la CPN qui on les médicaments indiqués				Effectif des structures offrant la CPN
	Comprimés de fer	Comprimés d'acide folique	Comprimés de fer ou d'acide folique	Vaccin antitétanique	
<b>Type de structure</b>					
Hôpital	59	56	59	38	13
Centre de santé	84	84	86	84	24
Poste de santé	86	78	86	88	287
<b>Autorité de gestion</b>					
Publique	89	82	89	89	287
Privé	51	47	51	57	37
<b>Région</b>					
Dakar	64	63	64	76	57
Diourbel	84	67	84	98	24
Fatick	84	49	84	88	22
Kaffrine	100	100	100	95	13
Kaolack	88	71	90	90	22
Kédougou	100	100	100	93	7
Kolda	93	93	93	85	13
Louga	93	93	93	95	20
Matam	83	83	83	41	17
Saint Louis	95	95	95	66	26
Sédhiou	94	94	94	100	11
Tambacounda	93	93	93	100	19
Thiès	77	64	77	88	45
Ziguinchor	100	100	100	100	27
Total	85	78	85	85	324
Case de santé	37	37	37	NA	21

NA = Non applicable

Note: Les médicaments et vaccin présentés dans ce tableau correspondent au domaine des médicaments et des produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services de CPN au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

### ***Disponibilité des lignes directrices, des moyens de transport et des équipements pour les services d'accouchement***

Le tableau 3.17 présente la disponibilité des normes et protocoles, de personnel formé et d'équipements dans les structures de santé offrant des services d'accouchement selon le type de structure, l'autorité de gestion et la région

Parmi les structures offrant des services d'accouchement normal, les normes et protocoles en Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement (PCIGA) ne sont disponibles que dans environ deux structures sur trois (61 %) et beaucoup moins fréquemment dans la région de Tambacounda où cette disponibilité n'est que de 5 %.

Le personnel n'est formé sur ces normes que dans un tiers des cas, principalement dans le privé.

Dans ces structures qui offrent des services d'accouchement, la logistique d'urgence et les équipements indispensables à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale sont en nombre insuffisant : 51 % des structures disposent de transport d'urgence, 57 % de lampes d'examen, 40 % d'aspirateur pour lutter contre l'asphyxie du nouveau-né, 6 % de ventouse pour combattre le travail difficile, 42 % d'aspirateur manuel ou kit D&C pour les soins après avortement.

Tableau 3.17 Normes et protocoles, personnel formé, et équipements des services d'accouchement

Parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage ayant les normes et protocoles, au moins un personnel récemment formé en matière d'accouchement et l'équipement de base pour l'accouchement de routine disponible dans la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services d'accouchement normal qui disposent de :										Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal	
	Normes et protocoles sur PCIGA <sup>1</sup>	Personnel formé en PCIGA <sup>2</sup>	Transport d'urgence <sup>3</sup>	Lampe d'examen <sup>4</sup>	Matériel pour la délivrance <sup>5</sup>	Aspirateur cathéter	Ventouse obstétricale	Aspirateur manuel ou Kit D&C kit <sup>6</sup>	Ballonnet masque respiratoire	Partogramme <sup>7</sup>		Gants <sup>8</sup>
<b>Type de structure</b>												
Hôpital	43	41	73	83	100	86	47	49	89	70	100	14
Centre de santé	71	54	95	60	98	62	47	47	79	91	95	20
Poste de santé	62	36	47	55	96	36	2	41	45	80	96	242
<b>Autorité de gestion</b>												
Publique	63	38	51	55	96	38	4	42	48	82	96	257
Privé	31	27	52	85	100	75	31	51	76	65	100	18
<b>Région</b>												
Dakar	42	40	33	67	98	64	18	47	64	75	93	26
Diourbel	67	32	67	78	95	62	2	52	33	78	100	24
Fatick	69	44	63	94	100	75	0	88	67	81	100	21
Kafrine	39	35	48	36	100	0	10	32	46	95	100	13
Kaolack	86	27	69	100	100	55	4	52	32	87	100	20
Kédougou	29	27	22	31	93	0	4	20	38	93	100	7
Kolda	92	32	68	60	92	16	0	40	52	68	96	12
Louga	77	34	59	25	100	41	7	23	41	71	86	20
Matam	58	40	30	32	100	52	1	12	53	71	94	17
Saint Louis	82	70	18	55	100	33	6	36	51	93	89	25
Sédhiou	61	42	58	49	94	17	0	49	53	94	100	11
Tambacounda	5	27	46	26	92	4	1	9	27	92	92	17
Thiès	48	43	43	46	89	50	12	39	51	85	96	37
Ziguinchor	83	17	89	64	100	13	2	60	72	60	100	24
Total	61	38	51	57	97	40	6	42	50	81	96	275
Case de santé	40	7	19	29	87	4	NA	NA	NA	NA	71	56

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau correspondent au domaine du personnel, formation et équipements pour évaluer la disponibilité de fournir des services d'accouchement au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

NA = Non applicable

<sup>1</sup> PCIGA (Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement) ou autres normes et protocoles spécifiques ay pays.

<sup>2</sup> La structure a au moins une personne interviewé qui fournit les services et qui a reçu une formation continue en matière de PCIGA durant les 24 mois ayant précédés l'enquête. La formation doit comprendre une session structurée, et n'inclut pas une formation individuelle reçu au cours d'une visite de supervision de routine.

<sup>3</sup> La structure a une ambulance fonctionnelle ou un autre véhicule pour le transport d'urgence qui est stationné dans la structure même et a du carburant disponible le jour de l'enquête, ou la structure a accès à une ambulance ou autre véhicule pour le transport d'urgence qui est stationné dans une autre structure ou part d'une autre structure.

<sup>4</sup> Une lampe torche fonctionnelle est acceptable.

<sup>5</sup> Soit la structure a une boîte stérile de délivrance disponible au lieu d'accouchement ou soit tous les équipements individuels suivant doivent être présents: fils de clampage pour cordon ombilical, ciseaux pour épisiotomie, ciseaux ou lames pour cordon ombilical, matériel et aiguilles pour suture, et porte-aiguille.

<sup>6</sup> La structure a un aspirateur manuel fonctionnel ou kit de dilatation et curetage (D&C) disponible.

<sup>7</sup> Un partogramme vierge au lieu du service.

<sup>8</sup> Les gants jetables en latex ou équivalents disponible au lieu du service.

Le partogramme, élément indispensable pour la surveillance du travail, est disponible dans plus de trois quarts des structures (81 %), mais moins fréquemment dans les structures des régions de Ziguinchor (60 %), Kolda (68 %), Louga (71 %), Matam (71 %) et Dakar (75 %).

### **Médicaments et produits de base pour la prise en charge des accouchements et nouveau-nés**

Les tableaux 3.18.1 et 3.18.2 présentent la disponibilité des médicaments et produits pour l'accouchement et les soins aux nouveau-nés dans les structures de santé offrant des services d'accouchement, respectivement selon le type de structure et l'autorité de gestion, et selon la région.

Sur l'ensemble du territoire national, parmi les structures offrant des services d'accouchement normal, on a observé une faible disponibilité des antibiotiques injectables (53 %), du sulfate de magnésium (28 %), des solutés de perfusion avec le nécessaire à la perfusion (54 %), du gluconate de calcium (5 %), du misoprostol (1 %) et de la dexaméthasone (6 %).

La disponibilité des produits essentiels pour le nouveau-né est faible dans toutes les régions. Le misoprostol n'est disponible qu'au niveau des régions de Dakar et Thiès.

Tableau 3.18.1 Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés: Type de structure et Autorité de gestion

Parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage ayant les médicaments essentiels et produits pour l'accouchement, les médicaments essentiels pour les nouveau-nés, et les médicaments prioritaires pour les mères observés et disponibles le jour de l'enquête, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2012-2013

Médicaments	Type de structure			Autorité de gestion			Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé	Total	
<b>Médicaments essentiels pour l'accouchement<sup>1</sup></b>							
Utérotonique injectable (ocytocine) <sup>2</sup>	74	79	73	73	83	73	NA
Antibiotique injectable <sup>3</sup>	68	43	53	51	77	53	NA
Sulfate de magnésium injectable <sup>2</sup>	66	46	24	26	58	28	NA
Diazépam injectable	77	76	68	68	83	69	NA
Désinfectant pour la peau	91	93	95	96	86	95	74
Solution IV avec le nécessaire à la perfusion <sup>4</sup>	76	64	52	54	60	54	NA
<b>Médicaments essentiels pour les nouveau-nés</b>							
Pommade antibiotique pour les yeux <sup>1</sup>	50	38	47	44	79	47	18
Solution de chlorhexidine à 4% <sup>5</sup>	74	41	47	46	81	48	72
Gentamicine injectable <sup>2</sup>	61	64	50	52	50	52	NA
Ceftriaxone poudre pour injection	62	48	19	22	40	23	NA
Amoxicilline suspension	49	89	79	80	44	78	NA
<b>Médicaments prioritaires pour les mères<sup>3</sup></b>							
Solution saline à 0.9%	76	91	80	81	74	80	NA
Gluconate de calcium injectable	55	5	2	3	38	5	NA
Ampicilline poudre pour injection	70	89	84	84	71	83	NA
Métronidazole injectable	70	54	28	31	38	32	NA
Misoprostol gélules ou comprimés	9	0	1	0	16	1	0
Azithromycine gélules, comprimés ou suspension	13	4	2	2	17	3	NA
Cefixime gélules ou comprimés	38	47	20	23	22	23	NA
Benzathine benzyle pénicilline poudre pour injection	39	75	65	66	38	64	NA
Betaméthasone/ dexaméthasone injectable	47	11	3	3	43	6	NA
Nifédipine gélules ou comprimés	35	20	18	18	28	19	NA
Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal	14	20	242	257	18	275	56

Note: Les médicaments essentiels et la pommade antibiotique des yeux pour enfants présentés dans ce tableau correspondent au domaine des médicaments pour évaluer la disponibilité de fournir des soins obstétricaux de base au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

NA = Non applicable

<sup>1</sup> Tous les médicaments essentiels pour l'accouchement, la pommade antibiotique des yeux, et la solution de Chlorhexidine à 4% étaient évalués et devraient être disponible au lieu du service d'accouchement.

<sup>2</sup> Utérotonique injectable (ocytocine), sulfate de magnésium injectable, et gentamicine injectable sont aussi classifiés comme médicaments prioritaires pour les mères.

<sup>3</sup> Pénicilline injectable, gentamycine injectable, ampicilline injectable, ou céftriaxone injectable.

<sup>4</sup> Solution saline à 0.9%, Solution de Ringer lactate, ou solution dextrose à 5%.

<sup>5</sup> Les médicaments prioritaires pour les mères sont définis par l'OMS, la liste est publiée à <http://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf>.

Tableau 3.18.2. Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés: Région

Parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage ayant les médicaments essentiels et produits pour l'accouchement, les médicaments essentiels pour les nouveau-nés, et les médicaments prioritaires pour les mères observés et disponibles le jour de l'enquête, selon la région, Sénégal ECPSS 2012-2013

Médicaments	Région													Total	
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tamba-counda	Thiès		Ziguinchor
<b>Médicaments essentiels pour l'accouchement<sup>1</sup></b>															
Utérinique injectable (ocytocine) <sup>2</sup>	59	78	79	100	91	86	100	25	40	58	100	92	65	100	73
Antibiotique injectable <sup>3</sup>	26	51	64	100	77	73	48	9	7	9	94	92	48	98	53
Sulfate de magnésium injectable <sup>2</sup>	36	6	48	48	22	52	20	23	22	10	35	36	22	42	28
Diazepam injectable	68	67	85	100	84	100	96	18	14	14	88	100	80	94	69
Désinfectant pour la peau	92	89	92	100	93	100	96	93	88	93	100	100	98	100	95
Solution IV avec le nécessaire à la perfusion <sup>4</sup>	67	73	83	95	91	100	8	25	14	19	39	84	62	19	54
<b>Médicaments essentiels pour les nouveau-nés</b>															
Pommade antibiotique pour les yeux <sup>1</sup>	36	5	56	90	45	59	80	7	6	2	88	77	64	89	47
Solution de chlorhexidine à 4% <sup>1</sup>	54	43	85	0	56	0	88	16	7	15	98	8	62	100	48
Gentamicine injectable <sup>2</sup>	60	36	42	18	28	86	68	48	46	60	70	52	65	58	52
Ceftriaxone poudre pour injection	21	2	17	69	20	31	32	37	25	3	35	38	28	6	23
Amoxicilline suspension	54	75	83	84	69	72	84	86	77	89	88	77	73	94	78
<b>Médicaments prioritaires pour les mères<sup>5</sup></b>															
Solution saline à 0.9%	46	73	98	90	82	76	84	93	77	84	94	84	69	100	80
Glucosate de calcium injectable	18	2	0	0	16	0	0	2	0	3	0	0	13	0	5
Ampicilline poudre pour injection	63	82	73	100	75	86	76	86	83	89	88	84	87	100	83
Métronidazole injectable	26	32	6	53	48	69	44	48	35	17	53	43	25	13	32
Misoprostol gélules ou comprimés	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1
Azithromycine gélules, comprimés ou suspension	10	5	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	6	3
Cefixime gélules ou comprimés	15	9	15	48	41	27	28	41	17	14	23	4	37	11	23
Benzathine benzyle pénicilline poudre pour injection	48	43	27	100	32	86	88	88	83	85	97	84	54	58	64
Betaméthasone/dexaméthasone injectable	16	2	0	0	7	4	8	7	6	3	15	0	11	0	6
Nifédipine gélules ou comprimés	12	21	0	23	2	0	60	39	26	2	44	17	7	42	19
Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal	26	24	21	13	20	7	12	20	17	25	11	17	37	24	275

Note: Les médicaments essentiels et la pommade antibiotique des yeux pour enfants présentés dans ce tableau correspondent au domaine des médicaments pour évaluer la disponibilité de fournir des soins obstétricaux de base au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Tous les médicaments essentiels pour l'accouchement, la pommade antibiotique des yeux, et la solution de Chlorhexidine à 4% étaient évalués et devraient être disponibles au lieu du service d'accouchement.

<sup>2</sup> Utérinique injectable (ocytocine), sulfate de magnésium injectable, et gentamicine injectable sont aussi classifiés comme médicaments prioritaires pour les mères.

<sup>3</sup> Pénicilline injectable, gentamicine injectable, ampicilline injectable, ou ceftriaxone injectable.

<sup>4</sup> Solution saline à 0.9%, Solution de Ringer lactate, ou solution dextrose à 5%.

<sup>5</sup> Les médicaments prioritaires pour les mères sont définis par l'OMS, la liste est publiée à <http://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf>.

## **Pourcentage de structures ayant offert des soins obstétricaux d'urgence au moins durant les trois derniers mois**

Le tableau 3.19 présente, pour les structures de santé offrant des services d'accouchement, les activités essentielles en cas d'alerte pour les soins obstétricaux d'urgence.

Durant les trois derniers mois ayant précédé l'enquête, une transfusion sanguine n'a été effectuée que dans seulement 2 % de l'ensemble des structures offrant des services d'accouchement. Ce service est davantage proposé dans les hôpitaux (40 %) et rarement dans les centres de santé (2 %). Quant à la césarienne, elle a été réalisée dans 5 % de ces structures pendant la même période, mais beaucoup plus dans le privé (41 %) que dans le public (3 %).

Les autres médicaments et activités essentiels tels que les antibiotiques (75 %), les ocytociques (97 %), l'assistance à l'accouchement par voie basse (98 %), le retrait manuel du placenta (73 %), l'aspiration manuelle (72 %), la réanimation néonatale (68 %) ont été régulièrement utilisés ou effectués dans les structures visitées offrant des services d'accouchement normal.

Tableau 3.19 Activités essentielles en cas d'alerte pour les soins d'urgence obstétricale

Parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage déclarant qu'ils ont effectué des activités essentielles en cas d'alerte pour les soins obstétricaux d'urgence au moins une fois durant les 3 mois ayant précédés l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures qui ont utilisé par voie parentérale:			Pourcentage des structures qui ont effectué:						Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal
	Anti-biotiques	Ocytocique	Anticon-vulsivant	Assistance à l'accouchement par voie basse	Retrait manuel du placenta	Retrait des rétentions des produits de contraception (AM)	Réanimation néonatale	Transfusion sanguine	Césariennes	
<b>Type de structure</b>										
Hôpital	100	96	64	100	80	75	98	40	76	14
Centre de santé	93	100	81	100	89	90	91	2	15	20
Poste de santé	72	96	36	98	72	71	65	0	1	242
<b>Autorité de gestion</b>										
Publique	75	96	41	98	75	74	67	2	3	257
Privé	70	97	39	100	56	48	83	5	41	18
<b>Région</b>										
Dakar	93	98	73	100	90	81	100	2	26	26
Diourbel	84	95	35	100	78	57	73	3	3	24
Fatick	63	88	48	100	42	56	88	0	0	21
Kaffrine	90	100	37	100	77	46	58	2	6	13
Kaolack	70	93	38	100	55	70	86	2	2	20
Kédougou	65	100	47	100	66	79	20	9	6	7
Kolda	76	92	36	92	88	72	68	4	4	12
Louga	80	100	43	100	100	100	57	2	2	20
Matam	24	100	24	100	100	100	42	1	1	17
Saint Louis	67	100	8	95	95	100	40	3	3	25
Sédhiou	88	100	49	100	70	82	73	2	2	11
Tambacounda	61	100	38	92	12	20	53	1	1	17
Thiès	91	100	57	96	98	83	85	3	9	37
Ziguinchor	72	89	25	100	30	53	53	0	0	24
Total	75	97	41	98	73	72	68	2	5	275
Case de santé	NA	NA	NA	84	NA	NA	NA	NA	NA	56

AM = Aspiration Manuelle  
NA = Non applicable

### 3.9 VIH/Sida et IST

#### IST

Le tableau 3.20 présente la disponibilité des normes et protocoles, personnel formé et élément des services des IST.

Les résultats de l'ECPSS 2012-2013 montrent que presque toutes les structures de santé offrent les services de traitement des IST (98 %), tandis que les normes et protocoles ne sont disponibles que dans 60 % des structures offrant des services d'IST.

Pour les produits et médicaments essentiels pour la prévention et la prise en charge, on note une bonne disponibilité sauf pour la ceftriaxone injectable qui n'est disponible que dans 21 % des structures offrant des services d'IST. En outre, seulement 35 % du personnel est formé pour la prise en charge des IST ; ce manque de formation étant plus accentué dans les régions de Fatick (16 %), Kolda (17 %) et Sédhiou (20 %).

Les tests de diagnostic rapide de la syphilis ne sont disponibles que dans 1 % des structures offrant des services d'IST.

Tableau 3.20 Normes et protocoles, personnel formé, et éléments des services des infections sexuellement transmissibles

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST) et, parmi les structures offrant les services des IST, pourcentage avec les éléments de support pour assurer la qualité des services des IST, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services des IST <sup>1</sup>	Effectif des structures	Pourcentage des structures offrant les services des IST qui ont:			Pourcentage des structures offrant les services des IST qui disposent de :				Effectif des structures offrant les services des IST
			Normes et protocoles des IST	Personnel formé <sup>2</sup>	Capacité de test diagnostic rapide de la Syphilis <sup>3</sup>	Condoms masculins	Métroni-dazole	Cipro-floxaciné gélules ou comprimé	Ceftriaxone injectable	
<b>Type de structure</b>										
Hôpital	90	17	48	51	4	47	70	56	55	15
Centre de santé	99	30	55	65	3	88	85	86	43	30
Poste de santé	98	317	61	31	1	80	85	80	17	310
<b>Autorité de gestion</b>										
Publique	99	302	63	36	1	89	88	85	20	300
Privé	89	62	46	30	3	26	64	53	26	55
<b>Région</b>										
Dakar	91	71	38	43	1	65	72	61	11	65
Diourbel	100	25	36	30	0	82	70	77	2	25
Fatick	100	22	57	16	0	88	86	74	22	22
Kaffrine	100	14	91	24	0	91	100	86	62	14
Kaolack	100	23	79	24	0	73	79	67	17	23
Kédougou	96	9	72	67	0	94	89	78	35	8
Kolda	95	17	54	17	0	69	86	91	29	16
Louga	100	23	92	37	0	76	86	92	33	23
Matam	100	17	62	24	1	77	83	94	25	17
Saint Louis	100	29	91	44	0	86	91	100	12	29
Sédhiou	100	12	71	20	0	97	91	100	34	12
Tambacounda	100	24	52	39	0	83	83	89	39	24
Thiès	97	48	55	38	5	74	92	69	27	47
Ziguinchor	100	29	57	45	0	94	95	95	5	29
Total	98	364	60	35	1	79	84	80	21	355
Case de santé	NA	74	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

NA = Non applicable

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau correspondent aux domaines du personnel et formation, diagnostic et, médicaments et produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services ART au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Prestataires dans la structure qui diagnostiquent les IST ou prescrivent les traitements pour les IST ou les deux.

<sup>2</sup> Au moins un prestataire interviewé fournissant les services des IST déclare avoir reçu une formation continue sur le diagnostic et traitement des IST au cours des 24 mois précédant l'enquête. La formation doit comprendre des séances structurées, et n'inclut pas une formation individuelle reçue au cours de supervision de routine.

<sup>3</sup> La structure a un kit de test de dépistage rapide de la Syphilis disponible dans la structure.

## Conseil et Dépistage Volontaire (CDV)

Le tableau 3.21 présente la disponibilité des services de conseil et dépistage volontaire (CDV) du VIH

Parmi les structures enquêtées au niveau des 14 régions, 82 % ont déclaré disposer d'un système de test de dépistage du VIH, dont 61 % des hôpitaux, 79 % des centres de santé et 83 % des postes de santé.

Tableau 3.21 Disponibilité des services de counseling et de test de dépistage du VIH

Parmi toutes les structures, pourcentage qui ont déclaré avoir un système de test de dépistage du VIH et, parmi les structures avec un système de test de dépistage du VIH, pourcentage qui ont la capacité de test de dépistage du VIH au sein de la structure et qui disposent d'autres éléments de support pour la fourniture de services de qualité en matière de counseling et de test de dépistage du VIH, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage de toutes les structures avec un système de test de dépistage du VIH <sup>1</sup>	Effectif des structures	Pourcentage des structures avec un système de test de dépistage du VIH qui disposent de:					Effectif des structures ayant un système de test de dépistage du VIH
			Capacité de test de dépistage du VIH <sup>2</sup>	Normes et protocoles de counseling et de test de dépistage du VIH	Prestataire formé <sup>3</sup>	Intimité visuelle et auditive <sup>4</sup>	Condoms <sup>5</sup>	
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	61	17	100	46	75	41	39	10
Centre de santé	79	30	98	64	76	42	67	24
Poste de santé	83	317	100	37	68	2	56	264
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	91	302	100	39	70	6	59	274
Privé	39	62	100	46	56	6	28	24
<b>Région</b>								
Dakar	62	71	99	26	64	19	44	44
Diourbel	93	25	100	66	89	0	71	23
Fatick	88	22	100	14	93	5	16	20
Kaffrine	100	14	100	49	53	0	91	14
Kaolack	83	23	100	93	78	2	64	19
Kédougou	80	9	100	34	67	5	100	7
Kolda	68	17	100	16	52	28	56	12
Louga	80	23	100	75	69	14	69	18
Matam	100	17	100	13	71	1	6	17
Saint Louis	91	29	100	79	74	6	31	26
Sédhiou	91	12	100	3	87	0	43	11
Tambacounda	83	24	100	36	66	3	91	20
Thiès	84	48	100	32	66	0	62	40
Ziguinchor	91	29	100	12	41	3	80	27
Total	82	364	100	40	69	6	56	298
Case de santé	NA	74	NA	NA	NA	NA	NA	NA

NA = Non applicable

Note: Les normes et protocoles et les indicateurs du personnel formé présentés dans ce tableau correspondent au domaine du personnel et formation pour évaluer la disponibilité de fournir des services de counseling et test de dépistage du VIH au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012). De même, les éléments de l'intimité visuelle et auditive correspondent au domaine d'équipement, la capacité de test de dépistage de VIH correspond au domaine de diagnostic, et les condoms correspondent au domaine des médicaments et produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services de counseling et test de dépistage du VIH dans le cadre de l'OMS-USAID.

<sup>1</sup> La structure déclare faire des tests de dépistage du VIH au sein de la structure, ou bien dans un site de test de dépistage externe et ayant un accord avec ce site externe disant que les résultats des tests seront renvoyés à la structure.

<sup>2</sup> La structure déclare faire des tests de dépistage du VIH au sein de la structure et a un kit de test de dépistage rapide du VIH ou la capacité de test ELISA ou d'autres capacités de dépistage du VIH observés dans la structure.

<sup>3</sup> La structure a au moins un membre du personnel interviewé fournissant les services de test de dépistage du VIH qui déclare avoir reçu une formation continue dans certains aspects de conseil et dépistage du VIH/SIDA au cours des 24 mois précédant l'enquête. La formation doit comprendre des séances structurées, et ne comprend pas une formation individuelle reçue au cours de supervision de routine.

<sup>4</sup> Une salle privée ou un espace protégé par un paravent disponible dans le lieu de counseling et de test de dépistage du VIH qui est à une distance suffisante de l'endroit où le prestataire et d'autres clients pourraient se trouver de sorte qu'une conversation normale ne puisse pas être entendue, et que le client ne puisse pas être observé par les autres.

<sup>5</sup> Les condoms sont disponibles à l'endroit de counseling et test de dépistage du VIH le jour de l'enquête.

Ce dépistage s'effectue beaucoup plus dans le public que dans le privé (91 % contre 39 %).

Toutes les structures qui déclarent effectuer le test du VIH ont la capacité de réaliser le test observé lors de l'enquête, soit en raison de la disponibilité d'un kit de test de dépistage rapide du VIH ou de la capacité d'effectuer le test ELISA ou d'autres capacités de dépistage du VIH observés dans la structure.

La formation selon les normes et protocoles de CDV est un élément important de la qualité des services. Parmi les structures déclarant effectuer le test de dépistage du VIH, 69 % comptent au moins un membre du personnel interviewé fournissant des services de test de dépistage du VIH ayant déclaré avoir suivi une formation continue dans le domaine des conseils et du dépistage du VIH/SIDA au cours des 24 mois précédant l'enquête. Au niveau du secteur public, ce pourcentage est de 70 % contre 56 % pour le privé.

Dans le cadre du respect de la confidentialité du CDV, seules 6 % des structures avec système de test du VIH disposent d'une salle privée ou d'un espace protégé par un paravent dans le service de consultation et de dépistage du VIH suffisamment éloigné pour offrir une intimité visuelle et auditive.

### ***Prise en charge***

Le tableau 3.22 présente la disponibilité des normes et protocoles, du personnel formé et des éléments pour la thérapie antirétrovirale (ARV).

Globalement, 9 % des structures enquêtées offrent des services ARV. C'est-à-dire qu'elles peuvent compter sur des prestataires dans la structure prescrivant les ARV pour les patients VIH/Sida ou qu'elles peuvent fournir des services de suivi de traitement pour les personnes sous ART, y compris les services dans la communauté.

Parmi les structures offrant les services ART, 51 % ont au moins un prestataire interviewé fournissant les services ART qui déclare avoir reçu une formation continue dans certains aspects des ART au cours des 24 mois précédant l'enquête.

Par rapport à la capacité de diagnostic des laboratoires, les résultats montrent que 53 % des structures enquêtées offrant des services de thérapie antirétrovirale disposent d'un appareil de numération formule sanguine complète fonctionnel, 54 % sont capables de tester les fonctions rénale et hépatique et seulement 23 % de ces structures réalisent le comptage des CD4.

Au total, 87 % des structures offrant les services ART (tous les hôpitaux) disposaient des trois ARV de première ligne.

Tableau 3.22 Normes et protocoles, personnel formé, et éléments pour les services de thérapie antirétrovirale

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant les services de thérapie antirétrovirale (ART) et, parmi les structures offrant les services ART, pourcentage avec les éléments de support pour assurer la qualité des services ART, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services ART <sup>1</sup>	Effectif des structures	Pourcentage des structures offrant les services ART qui ont:		Capacité de diagnostic du laboratoire:					Effectif des structures offrant les services ART
			Normes et protocoles des ART	Personnel formé <sup>2</sup>	Numération formule sanguine complète <sup>3</sup>	Comptage cellules CD4	Charge virale VIH ARN	Test de la fonction rénale ou hépatique	ART de première ligne pur adulte disponible <sup>4</sup>	
<b>Type de structure</b>										
Hôpital	41	17	89	62	100	57	20	100	100	7
Centre de santé	63	30	78	53	56	18	21	59	88	19
Poste de santé	2	317	34	34	0	0	0	0	75	7
<b>Autorité de gestion</b>										
Publique	10	302	70	50	53	24	16	55	88	31
Privé	3	62	77	57	43	0	12	43	77	2
<b>Région</b>										
Dakar	8	71	74	67	100	34	16	100	92	6
Diourbel	8	25	100	80	100	60	40	100	100	2
Fatick	6	22	67	100	33	33	33	33	67	1
Kaffrine	10	14	100	0	58	17	17	17	100	1
Kaolack	6	23	100	100	29	0	35	100	100	1
Kédougou	27	9	61	19	26	32	10	42	81	2
Kolda	21	17	25	12	12	12	12	12	100	4
Louga	9	23	100	100	24	49	0	75	75	2
Matam	7	17	60	60	20	20	0	20	100	1
Saint Louis	7	29	79	79	58	37	0	79	100	2
Sédhiou	16	12	53	47	30	0	18	30	100	2
Tambacounda	8	24	75	0	100	0	50	38	100	2
Thiès	12	48	68	40	52	0	8	35	60	6
Ziguinchor	3	29	100	50	0	50	0	50	100	1
Total	9	364	71	51	53	22	16	54	87	33
Case de santé	NA	74	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

NA = Non applicable

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau correspondent aux domaines du personnel et formation, diagnostic et, médicaments et produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services ART au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Prestataires dans la structure qui prescrivent les ART pour les patients VIH/SIDA ou fournissent des services de suivi de traitement pour les personnes sous ART y compris fournir les services dans la communauté.

<sup>2</sup> La structure a au moins un prestataire interviewé fournissant les services des ART qui déclare avoir reçu une formation continue dans certains aspects des ART au cours des 24 mois précédant l'enquête. La formation doit comprendre des séances structurées, et n'inclut pas une formation individuelle reçue au cours de la supervision de routine.

<sup>3</sup> La structure a un analyseur d'hématologie fonctionnel ou un compteur hématologique fonctionnel avec les réactifs nécessaires disponibles dans la structure.

<sup>4</sup> La structure a 3 ARV de première ligne (spécifique pour chaque pays) pour le traitement d'adulte disponibles dans la structure.

## PTME

L'ECPSS a permis d'évaluer 3 indicateurs sur la PTME :

- la disponibilité des services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au niveau des structures offrant les services de consultation prénatale ;
- le pourcentage offrant des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH parmi les structures offrant les services de consultation prénatale (CPN) ;
- le pourcentage, parmi les structures offrant la PTME, disposant d'un élément du programme de PTME spécifique, selon certaines caractéristiques.

Le tableau 3.23 présente la disponibilité des services pour la prévention de la transmission mère-enfant.

Pratiquement toutes les structures qui offrent des services de CPN (centre de santé, poste de santé, hôpital et case de santé), qu'elles soient publiques ou privées, offrent au minimum l'un des services de PTME suivants :

- test de dépistage du VIH des enfants nés des mères VIH+
- prophylaxie aux ARV pour les femmes VIH+
- Prophylaxie aux ARV pour les enfants nés de mères VIH+
- conseil pour l'alimentation du nouveau-né et nourrissons
- conseil nutritionnel pour les femmes VIH+ et leurs enfants
- conseil sur la planification familiale aux femmes VIH+

**Tableau 3.23 Disponibilité des services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les structures offrant les services de consultation prénatale**

Parmi les structures offrant les services de consultation prénatale (CPN), pourcentage offrant les services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH et, parmi les structures offrant la PTME, pourcentage ayant un élément du programme de PTME spécifique, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant la CPN qui fournit un service quelconque de PTME <sup>1</sup>	Effectif des structures offrant la CPN	Pourcentage des structures de CPN offrant la PTME qui fournit:							Effectif des structures offrant la CPN et un service quelconque de PTME
			Test de dépistage du VIH des femmes enceintes	Test de dépistage du VIH des enfants nés des mères VIH+	Prophylaxie aux ARV pour les femmes VIH+	Prophylaxie aux ARV pour les enfants nés des mères VIH+	Conseil pour l'alimentation des nouveau-nés et nourrissons	Conseil nutritionnel pour les femmes VIH+ et leurs enfants	Conseil sur la planification familiale aux femmes VIH+	
<b>Type de structure</b>										
Hôpital	91	13	100	44	39	44	90	90	80	12
Centre de santé	100	24	100	49	69	63	86	75	79	24
Poste de santé	97	287	99	3	2	1	65	50	54	280
<b>Autorité de gestion</b>										
Publique	98	287	99	8	9	8	69	53	57	281
Privé	93	37	100	3	3	2	52	59	57	35
<b>Région</b>										
Dakar	96	57	100	13	6	5	54	43	56	55
Diourbel	100	24	100	13	8	8	89	89	84	24
Fatick	100	22	94	6	6	12	100	94	100	22
Kaffrine	100	13	90	6	6	6	100	12	12	13
Kaolack	100	22	100	4	6	6	94	100	100	22
Kédougou	93	7	100	20	39	24	100	39	39	6
Kolda	100	13	100	0	18	18	63	48	48	13
Louga	93	20	100	5	5	5	47	47	47	19
Matam	94	17	100	4	7	7	20	20	20	16
Saint Louis	100	26	100	4	7	7	64	74	79	26
Sédhiou	100	11	100	0	15	3	70	35	41	11
Tambacounda	93	19	100	10	10	10	85	25	25	18
Thiès	96	45	100	6	9	6	83	64	61	44
Ziguinchor	100	27	100	9	3	9	14	14	19	27
Total	97	324	99	8	8	8	67	54	57	316
Case de santé	95	21	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	20

ARV = antirétroviral  
NA = Non applicable

<sup>1</sup> La structure fournit un des services suivant pour la prévention de la transmission du VIH d'une femme enceinte séropositive à son enfant : Conseils sur le VIH et le service de test de dépistage aux femmes enceintes, test de dépistage des enfants nés de mère séropositive, traitement prophylactique aux antirétroviraux aux femmes enceintes séropositives, traitement prophylactique aux antirétroviraux aux enfants nés de mère séropositive, conseils aux femmes enceintes séropositives pour l'allaitement des nouveau-nés et nourrissons, conseils nutritionnels pour les femmes enceintes séropositives et leurs enfants, et conseils sur la planification familiale aux femmes enceintes séropositives.

Le test de dépistage pour les femmes enceintes est disponible dans 99 % des structures qui offrent des services de CPN et un service quelconque de PTME, alors que le dépistage du VIH des enfants nés de mère séropositive n'est disponible que dans 8 % de ces structures.

La prophylaxie ARV chez les femmes enceintes et les enfants nés de mère séropositive est davantage proposée dans les centres de santé que dans les hôpitaux.

### **3.10 Maladies non transmissibles**

L'ECPSS du Sénégal 2012-2013 a permis d'évaluer :

- la capacité de diagnostic du diabète et les médicaments essentiels pour sa prise en charge (PEC) ;
- la disponibilité des médicaments et produits essentiels pour la PEC des maladies cardio-vasculaires ;
- disponibilité des médicaments et produits essentiels pour la PEC des maladies respiratoires chroniques.

Globalement, 91 % des structures enquêtées offrent des services du diabète, 96 % offrent des services de maladies cardiovasculaires, et 95 % offrent des services de maladies respiratoires chroniques.

#### ***Diagnostic et médicaments essentiels pour la PEC du diabète***

Le tableau 3.24 montre la capacité de diagnostic et la disponibilité des médicaments essentiels du diabète dans les structures offrant des services du diabète.

Parmi les structures offrant le traitement du diabète, à peu près un quart seulement étaient capables de réaliser la glycémie (19 %), glycosurie (25 %) et la protéinurie (25 %).

Cette faiblesse de capacité diagnostique était beaucoup plus marquée dans les régions de Matam et Fatick, contrairement à Ziguinchor où l'on note une bonne disponibilité.

La disponibilité des médicaments pour la prise en charge du diabète est très faible dans les structures offrant les services de diabète ; seulement 2 % d'insuline, 3 % de glibenclazide et 4 % de la metformine étaient disponibles. Quant au soluté de glucose, il était disponible dans 42 % de ces structures le jour de l'enquête.

Tableau 3.24 Capacité de diagnostic et médicaments essentiels du diabète

Parmi les structures offrant les services du diabète, pourcentage ayant la capacité de diagnostic et des médicaments essentiels indiqués observés au sein de la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Capacité de diagnostic			Médicaments			Effectif des structures offrant les services du diabète	
	Glycémie <sup>1</sup>	Protéinurie <sup>2</sup>	Glucosurie	Metformine	Glibenclamide	Insuline injection		Solution de glucose injectable
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	20	62	57	17	11	30	33	15
Centre de santé	41	37	38	8	3	9	48	29
Poste de santé	17	21	22	3	3	0	42	288
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	18	24	25	2	2	2	46	277
Privé	23	26	23	12	11	6	20	54
<b>Région</b>								
Dakar	10	17	15	2	1	4	24	62
Diourbel	10	52	52	3	2	3	21	25
Fatick	2	2	2	6	0	0	6	21
Kaffrine	9	7	7	0	0	0	82	13
Kaolack	2	10	10	0	0	0	0	22
Kédougou	9	13	13	6	6	15	88	7
Kolda	4	4	4	14	0	0	0	10
Louga	43	55	55	6	6	2	92	23
Matam	0	2	0	0	0	0	87	15
Saint Louis	35	30	40	1	9	4	91	29
Sédhiou	41	35	35	13	0	3	0	10
Tambacounda	4	16	16	0	0	0	79	21
Thiès	4	11	11	7	13	4	51	45
Ziguinchor	89	70	70	5	0	0	0	28
Total	19	25	25	4	3	2	42	331

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau comprennent les domaines de diagnostic et, médicaments et produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services du diabète au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> La structure a un glucomètre fonctionnel et des bandelettes réactives non périmées pour la recherche de glucose au sein de la structure le jour de l'enquête.

<sup>2</sup> La structure a des bandelettes réactives non périmées pour le test de la protéinurie disponible dans la structure le jour de l'enquête.

### ***Médicaments et produits essentiels pour la PEC des maladies cardio-vasculaires***

Le tableau 3.25 présente la disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies cardiovasculaires dans les structures offrant des services pour les maladies cardiovasculaires.

Parmi les structures offrant les services de maladies cardiovasculaires, la disponibilité des médicaments essentiels et produits était très faible, et ceci dans toutes les régions.

Tableau 3.25 Disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies cardiovasculaires

Parmi les structures offrant les services des maladies cardiovasculaires, pourcentage ayant les médicaments essentiels et produits indiqués observés au sein de la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristique, Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services des maladies cardiovasculaires qui disposent de :					Effectifs des structures offrant les services des maladies cardiovasculaires
	Inhibiteurs de l'EC (énalapril)	Thiazide	Bêtabloquants (aténolol)	Bloqueurs de canaux calciques (amlodipine)	Oxygène <sup>1</sup>	
<b>Type de structure</b>						
Hôpital	13	8	11	23	16	15
Centre de santé	2	3	5	5	8	29
Poste de santé	1	3	1	3	3	305
<b>Autorité de gestion</b>						
Publique	1	1	1	2	2	295
Privé	3	17	6	14	12	55
<b>Région</b>						
Dakar	1	7	1	2	2	65
Diourbel	5	5	0	5	3	25
Fatick	0	0	6	0	6	21
Kaffrine	2	0	0	0	0	14
Kaolack	0	0	0	2	0	23
Kédougou	0	5	11	11	5	9
Kolda	0	0	0	6	9	16
Louga	0	0	0	6	6	23
Matam	0	6	0	6	0	17
Saint Louis	0	9	0	12	1	29
Sédhiou	6	0	0	2	12	12
Tambacounda	0	0	0	0	0	23
Thiès	4	5	5	8	7	45
Ziguinchor	0	0	0	0	5	29
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>350</b>

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau comprennent les domaines des médicaments et produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services des maladies cardiovasculaires au sein des structures de santé, selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Dans des bouteilles ou des concentrateurs.

### ***Médicaments et produits essentiels pour la PEC des maladies respiratoires chroniques***

Le tableau 3.26 présente la disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies respiratoires chroniques dans les structures offrant des services pour les maladies respiratoires chroniques.

Parmi les structures offrant les services de maladies respiratoires chroniques, hormis l'hydrocortisone disponible dans une structure sur deux et le salbutamol dans une structure sur quatre, tous les autres médicaments, de même que l'oxygène, étaient rarement disponibles le jour de l'enquête.

Tableau 3.26 Disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies respiratoires chroniques

Parmi les structures offrant les services des maladies respiratoires chroniques, pourcentage ayant les médicaments essentiels et produits indiqués observés au sein de la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services des maladies respiratoires chroniques qui disposent de :						Effectifs des structures offrant les services des maladies respiratoires chroniques
	Salbutamol inhalateur	Beta-méthasone inhalateur	Predni-solone comprimés	Hydro-cortisone comprimés	Epinéphrine inhalateur	Oxygène <sup>1</sup>	
<b>Type de structure</b>							
Hôpital	40	12	6	65	21	67	15
Centre de santé	41	0	3	73	5	23	29
Poste de santé	21	0	2	54	1	3	302
<b>Autorité de gestion</b>							
Publique	22	0	2	58	2	5	291
Privé	32	4	8	42	6	19	54
<b>Région</b>							
Dakar	20	1	1	26	3	15	60
Diourbel	0	0	0	49	2	8	25
Fatick	2	0	0	61	0	4	22
Kaffrine	72	0	0	100	0	4	14
Kaolack	2	0	0	47	0	11	23
Kédougou	39	5	5	75	0	22	9
Kolda	45	0	12	67	12	3	16
Louga	20	0	0	78	0	0	23
Matam	1	6	0	65	1	1	17
Saint Louis	4	0	0	59	0	4	27
Sédhiou	57	0	8	58	8	3	12
Tambacounda	18	0	0	53	0	4	23
Thiès	23	3	6	63	7	9	47
Ziguinchor	73	0	10	56	0	0	29
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>56</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>345</b>

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau comprennent les domaines des médicaments et produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services des maladies respiratoires chroniques au sein des structures de santé, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Dans des bouteilles ou des concentrateurs.

### 3.11 Tuberculose (TB)

L'ECPSS 2012-2013 a permis d'évaluer le pourcentage des structures ayant la capacité de diagnostiquer la tuberculose et disposant des médicaments pour le traitement.

Le tableau 3.27 présente la capacité de diagnostic et la disponibilité des médicaments pour le traitement de la tuberculose dans les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la TB.

#### *Diagnostic*

Parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la TB, 15 % ont la capacité de réaliser un diagnostic par microscopie frottis de TB. Le diagnostic par microscopie est réalisé dans les hôpitaux (72 %) et les centres de santé (71 %) et dans seulement 3 % des postes de santé.

Parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la TB, 88 % peuvent diagnostiquer le VIH. Dans 9 des 14 régions du Sénégal, toutes les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la TB ont la capacité de diagnostiquer le VIH. Pour les autres régions, plus des deux tiers de ces structures ont cette capacité de diagnostic. Par ailleurs, on peut noter que cette capacité de diagnostic est beaucoup plus fréquente dans

les structures du public (94 %) que du privé (56 %). Pratiquement tous les hôpitaux, centres de santé et postes de santé ont la capacité de réaliser ce diagnostic.

### **Médicaments**

Concernant la disponibilité des médicaments pour le traitement de la TB, près des deux tiers (61 %) des structures visitées et offrant des services de diagnostic et ou de traitement de la TB disposaient de traitement de première ligne (81 % des centres de santé). La streptomycine injectable n'était disponible que dans une structure sur quatre.

**Tableau 3.27 Capacité de diagnostic et disponibilité des médicaments pour le traitement de la tuberculose**

Parmi les structures offrant n'importe quel service de diagnostic, et/ou traitement de suivi de la tuberculose (TB), pourcentage ayant la capacité de diagnostic de TB et VIH et les médicaments pour le traitement de la TB disponible dans la structure de jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures ayant:			Pourcentage des structures disposant de :		Effectif des structures offrant n'importe quel service de diagnostic, traitement et/ou suivi du traitement de la TB
	Pourcentage des structures ayant les capacités de microscopie frottis de TB <sup>1</sup>	Capacité de diagnostic du VIH <sup>2</sup>	Système diagnostic du VIH pour les clients de TB <sup>3</sup>	Traitement de première ligne <sup>4</sup>	Streptomycine injectable	
<b>Type de structure</b>						
Hôpital	72	86	57	49	31	7
Centre de santé	71	98	71	81	70	22
Poste de santé	3	87	31	58	15	125
<b>Autorité de gestion</b>						
Publique	15	94	42	68	28	131
Privé	21	56	17	17	0	22
<b>Région</b>						
Dakar	21	73	49	74	43	26
Diourbel	37	100	68	68	28	4
Fatick	6	88	36	36	6	22
Kaffrine	9	100	16	32	11	13
Kaolack	23	100	32	66	66	4
Kédougou	16	88	6	63	10	4
Kolda	17	100	50	83	33	6
Louga	30	100	30	65	23	7
Matam	60	100	100	100	100	1
Saint Louis	100	100	67	100	100	1
Sédhiou	13	100	63	76	0	8
Tambacounda	17	87	9	9	4	11
Thiès	11	84	39	79	24	42
Ziguinchor	9	100	46	46	46	5
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>88</b>	<b>38</b>	<b>61</b>	<b>24</b>	<b>153</b>
Case de santé	NA	NA	NA	NA	NA	4

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau comprennent les domaines de diagnostics, médicaments et produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services de la TB au sein des structures de santé, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Microscopie fonctionnel, lames et tous colorants pour le test de Ziehl-Neelsen (fuchsine phéniquée, acide sulfurique et bleu de méthyle) étaient tous disponible dans la structure le jour de l'enquête.

<sup>2</sup> Kits de diagnostic rapide du VIH disponible ou une machine ELISA avec lecteur, incubateur et tests spécifiques.

<sup>3</sup> Registre ou archive indiquant les clients de TB ayant été testé pour le VIH.

<sup>4</sup> Combinaison de quatre médicaments a dose fixe (4FDC) disponible, ou soit isoniazide, pyrazinamide, rifampicine et éthambutol sont tous disponible, ou une combinaison de ces médicaments, pour fournir le traitement de première ligne.

### 3.12 Paludisme

L'ECPSS 2012-2013 a permis d'évaluer la disponibilité des services du paludisme, les normes et protocoles, du personnel formé, la capacité de diagnostic, ainsi que la disponibilité des médicaments et produits antipaludiques.

#### ***Équipements, médicaments et produits***

Le tableau 3.28 présente le pourcentage de structures offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme et, parmi ces structures, la disponibilité des normes et protocoles, du personnel formé et la capacité de diagnostic.

Le diagnostic et/ou le traitement du paludisme sont livrés dans 99 % des structures sanitaires. Cette offre de service est assez élevée quel que soit le type de structure, l'autorité de gestion ou la région considérée.

Les normes et protocoles sur le diagnostic et/ou le traitement du paludisme sont disponibles dans 85 % des structures offrant des services de diagnostic et ou traitement du paludisme. Ces documents sont davantage disponibles dans les centres de santé (80 %) et postes de santé (87 %) et, selon le type de gestion, sont plus fréquents dans le public (90 %) que dans le privé (59 %). Toutes les structures des régions de Kaffrine et de Matam possèdent ces documents de travail ; les régions où ils sont les moins disponibles sont les régions de Dakar (69 %) et Kaolack (80 %).

Les documents relatifs aux normes et protocoles sur le Traitement Préventif Intermittent (TPI) pour la femme enceinte sont présents au niveau d'un peu plus de une structure sanitaire sur deux (58 %) parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou de traitement du paludisme.

La formation continue en matière de diagnostic et/ou traitement du paludisme a concerné 78 % du personnel au cours des 24 derniers mois précédant l'enquête dans les structures offrant les services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme. Presqu'un tiers des cases de santé (34 %) disposent de personnel formé à la prise en charge du paludisme.

Parmi les structures offrant des services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme, le pourcentage de structures disposant d'un personnel formé sur le TPI est très faible à l'échelle nationale (53 %) surtout dans les régions de Kolda (24 %), Dakar (34 %) et Tambacounda (35%).

Le test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme est disponible dans 81 % des structures sanitaires au niveau national parmi les structures offrant les services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme. La disponibilité des TDR est plus fréquente au niveau des centres de santé (84 %) et des postes de santé (82 %) qu'au niveau des hôpitaux et des cases de santé.

Au niveau national, seules 13 % des structures offrant des services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme proposent le diagnostic microscopique du paludisme.

Tableau 3.28 Disponibilité des services du paludisme et disponibilité des normes et protocoles, du personnel formé et de la capacité de diagnostic dans les structures offrant des services du paludisme

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant le diagnostic du paludisme et/ou services de traitement et, parmi les structures offrant le diagnostic du paludisme et/ou services de traitement, pourcentage ayant des normes et protocoles, du personnel formé et la capacité diagnostic pour soutenir l'offre des services de qualité du paludisme, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme <sup>1</sup>	Effectif des structures	Normes et protocoles		Personnel formé		Diagnostic			Effectif des structures offrant le diagnostic et/ou services de traitement du paludisme
			Normes et protocoles sur le diagnostic et/ou le traitement du paludisme	Normes et protocoles sur TPI <sup>2</sup>	Personnel formé en diagnostic et/ou traitement du paludisme <sup>3</sup>	Personnel formé en TPI <sup>4</sup>	TDR du paludisme <sup>5</sup>	Microscopie du paludisme <sup>6</sup>	N'importe quel diagnostic du paludisme <sup>7</sup>	
<b>Type de structure</b>										
Hôpital	93	17	69	37	73	51	66	61	75	16
Centre de santé	99	30	80	50	86	53	84	65	92	30
Poste de santé	99	317	87	60	78	53	82	6	84	314
<b>Autorité de gestion</b>										
Publique	100	302	90	65	82	57	86	11	88	302
Privé	93	62	59	20	55	33	56	24	64	58
<b>Région</b>										
Dakar	94	71	69	38	68	34	71	23	73	67
Diourbel	100	25	89	42	88	56	95	3	95	25
Fatick	100	22	94	31	100	94	74	12	82	22
Kaffrine	100	14	100	91	62	37	100	6	100	14
Kaolack	100	23	80	61	94	80	69	10	75	23
Kédougou	96	9	89	45	72	50	100	17	100	8
Kolda	100	17	81	57	38	24	43	8	43	17
Louga	100	23	98	75	77	69	68	9	70	23
Matam	100	17	100	75	83	70	94	4	94	17
Saint Louis	100	29	95	85	91	65	91	14	100	29
Sédhiou	100	12	97	66	68	62	86	11	91	12
Tambacounda	100	24	83	61	78	35	100	13	100	24
Thiès	100	48	82	49	84	51	79	15	81	48
Ziguinchor	100	29	86	80	77	51	98	12	98	29
Total	99	364	85	58	78	53	81	13	84	360
Case de santé	89	74	67	1	34	6	60	NA	60	66

NA = Non applicable

Note: Les indicateurs présentés dans ce tableau comprennent les domaines de personnel et formation, et diagnostic pour évaluer la disponibilité de fournir des services du paludisme au sein des structures de santé, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Basé sur les structures qui déclarent offrir le diagnostic et/ou le traitement du paludisme. Les structures offrant des services des consultations prénatales qui ont déclaré fournir les tests de diagnostic rapide (TDR) ou qui administreraient ces tests sur le site des services des consultations prénatales le jour de l'enquête ont été comptées comme offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme. De même, les structures offrant de soins curatifs infantiles où le prestataire des soins curatifs infantiles diagnostiquait le paludisme ou offrait de traitement du paludisme le jour de l'enquête ont été comptées comme offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme.

<sup>2</sup> Normes et protocoles sur le Traitement Préventif Intermittent (TPI) du paludisme.

<sup>3</sup> La structure a au moins un prestataire des services du paludisme qui a reçu une formation continue en matière de diagnostic et/ou de traitement du paludisme durant les 24 mois ayant précédés l'enquête. La formation doit comprendre une session structurée, et n'inclut pas une formation individuelle reçue au cours d'une visite de supervision de routine.

<sup>4</sup> La structure a au moins un prestataire des services des consultations prénatales qui a reçu une formation continue en matière de Traitement Préventif Intermittent (TPI) durant les 24 mois ayant précédées l'enquête. La formation doit comprendre une session structurée, et n'inclut pas une formation individuelle reçue au cours d'une visite de supervision de routine.

<sup>5</sup> La structure a un kit de test de diagnostic rapide non périmé disponible dans la structure.

<sup>6</sup> La structure a un microscope fonctionnel avec les lames en verre et colorants appropriés pour la microscopie du paludisme disponible dans la structure.

<sup>7</sup> La structure a la capacité de faire le TDR du paludisme ou soit la capacité de la microscopie du paludisme.

### ***Disponibilité des médicaments et produits antipaludiques***

Le tableau 3.29 présente la disponibilité des médicaments et produits antipaludiques dans les structures offrant des services de paludisme.

Au niveau national, parmi les structures offrant les services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme, la disponibilité des médicaments et produits antipaludiques concernait principalement la quinine injectable dans 81 % des cas, les ACT (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine) de première ligne pédiatriques dans 60 % des cas, la sulfadoxine/pyriméthamine (SP) dans 58 % des cas et les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) dans 55 % des structures.

La quinine injectable était le médicament antipaludique le plus utilisé et dont la disponibilité était meilleure au niveau des postes de santé et des centres de santé (respectivement 81 % et 84 %) qu'au niveau des hôpitaux (70 %), et davantage dans le public que dans le privé. Au niveau des régions, Kaffrine et Fatick ont le pourcentage de disponibilité le plus élevé (100 %) et Dakar le pourcentage le plus faible (61 %).

Par ailleurs, on a noté une faible utilisation des autres monothérapies non artémisinine dans 38 % des cas, des ACT de première ligne pour les adolescents (16 %), des ACT de première ligne pour adultes (15 %), de l'artésunate injectable (3 %), et de la quinine orale (2 %) dans des structures offrant les services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme.

Tableau 3.29 Disponibilité des médicaments et produits antipaludiques dans les structures offrant des services du paludisme

Parmi les structures offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme pourcentage ayant des antipaludiques, de la sulfadoxine/pyriméthamine, du paracétamol et des moustiquaires préimprégnées d'insecticide (MII) disponible dans la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2012-2013

Caractéristique	Antipaludiques										Autre médicaments et produits			Effectif des structures offrant le diagnostic et/ou services de traitement du paludisme
	ACT <sup>3</sup> de première ligne - pédiatrique	ACT <sup>3</sup> de première ligne - adolescente	ACT <sup>3</sup> de première ligne - adulte	Autre monothérapie artémisinine	Artésunate injectable	Artésunate par voie rectale	Quinine par voie orale	Quinine injectable	SP <sup>1</sup>	Paracétamol comprimé	Mill <sup>2</sup>			
<b>Type de structure</b>														
Hôpital	35	12	8	43	4	0	4	70	26	57	19	16		
Centre de santé	44	12	16	42	4	0	4	84	38	89	61	30		
Poste de santé	62	16	16	37	3	0	2	81	62	90	56	314		
<b>Autorité de gestion</b>														
Publique	66	17	17	40	3	0	1	86	63	94	62	302		
Privé	28	7	9	28	3	2	9	55	35	59	20	58		
<b>Région</b>														
Dakar	53	12	14	31	5	0	0	61	32	70	47	67		
Diourbel	66	0	11	45	0	0	5	88	67	82	58	25		
Fatick	77	0	0	61	8	6	0	100	72	94	69	22		
Kafrine	91	81	86	27	0	0	0	100	94	95	91	14		
Kaolack	33	2	2	57	0	0	6	85	38	91	57	23		
Kédougou	73	73	68	40	6	0	0	89	84	83	56	8		
Kolda	16	5	0	43	5	0	5	70	60	92	35	17		
Louga	37	0	0	16	6	0	0	98	37	98	65	23		
Matam	48	0	0	39	0	0	0	94	45	94	43	17		
Saint Louis	74	0	0	34	1	0	0	77	78	100	63	29		
Sédhiou	80	0	0	35	0	0	6	88	80	100	32	12		
Tambacounda	63	63	60	8	6	0	0	82	68	89	54	24		
Thiès	58	24	18	63	4	0	7	83	62	89	34	48		
Ziguinchor	86	9	5	20	0	0	0	72	74	95	86	29		
Total	60	16	15	38	3	0	2	81	58	88	55	360		
Case de santé	36	NA	33	4	NA	NA	NA	NA	NA	79	25	66		

NA = Non applicable

Note: Les indicateurs des antipaludiques de première ligne, sulfadoxine/pyriméthamine, paracétamol et MII présentés dans ce tableau comprennent les domaines des médicaments et produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services du paludisme au sein des structures de santé, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> SP = sulfadoxine/pyriméthamine (Fansidar). La structure a la SP pour le Traitement Préventif Intermittent (TPIg) du paludisme pendant la grossesse.

<sup>2</sup> La structure a des moustiquaires préimprégnées d'insecticide (MII) ou des bons d'échange pour des MII disponible dans la structure pour distribuer aux clients.

<sup>3</sup> ACT = Combinaison thérapeutique à base d'Artemisinine.

**DIRECTEUR NATIONAL**

Babakar Fall, Directeur Général ANSD

**DIRECTEUR NATIONAL ADJOINT**

Mamadou Falou MBENGUE, Directeur Général Adjoint ANSD

**DIRECTEUR TECHNIQUE**

Cheikh Tidiane NDIAYE, Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales

**COORDONNATEUR TECHNIQUE**

Fatou Bintou NIANG CAMARA

**EXPERT EN SANTE**

Dr Ibou GUISSSE

**RESPONSABLE DES OPERATIONS DE TERRAIN**

Dr Ibou GUISSSE et Papa Mabèye DIOP

**RESPONSABLE INFORMATIQUE**

Papa Thiécouta NDIAYE

**GESTIONNAIRE**

Samba TALL

**EQUIPE D'ENCADREMENT TECHNIQUE ET DE PILOTAGE**

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

**ADAPTATION DU QUESTIONNAIRE ET FORMATION**

Dr Doudou SENE (DISS/MSAS), Oumou Kalsom GUEYE (DISS/MSAS), Amadou Bamba CISS (DISS/MSAS), Amadou DJIGUEUL (PNT), Dr Abdou Lahad MANGANE(PNA), Dr Mamadou NDIAYE (Direction de la Prévention Médicale), Dr Moussa DIA (Cellule de Santé Communautaire), Bintou Niang TOURE (Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant), Malal KANTE (Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant), Dr Aida GADIAGA (Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant), Adjaratou Sow DIALLO (Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant), Moussa NDOUR (PNLP), Dr Fatou NDIASS(DLSI), Aicha DIOP DIAGNE (Direction de la Prévention Médicale), Dr Awa Héléne DIOP (PNT), Souleymane NDIAYE (HOGGY), Dr SENGHOR (Banque de sang)

**EQUIPE D'ENCADREMENT INFORMATIQUE**  
Thiécouta NDIAYE, Abdou SARR, Ndiassé DAGOURA

**COORDONNATEUR MEDICAL**  
Dr Moussa DIAKHATE

**PERSONNELS DE COLLECTE**

**Chefs d'équipe**

Anta GUEYE  
Omar FALL  
El Hadji Ousmane FAYE  
Ndéye Oumy DIOUF

**Enquêteurs**

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

**Chauffeurs**

MBaye DIAGNE  
Mamadou BA  
Moctar NDAO  
Aliou DIENG  
Daouda NGOM

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

**Reprographe**  
Saliou FAYE

**Personnel d'appui**  
Mbaye NDIAYE et Matar BOCOUM

**ASSISTANCE TECHNIQUE  
DE ICF INTERNATIONAL  
ET CRDH**

Mohamed AYAD, coordination, ICF International  
Dr Paul AMETEPI, conception, ICF International  
Dr Fatuma BUSANGU, conception et exécution, ICF International  
Dr Salima MUTIMA, conception, exécution et analyse, ICF International  
Ruilin REN, plan de sondage, ICF International  
Albert THEMME, traitement informatique, ICF International  
Rajendra DANGOL, traitement informatique, ICF International  
Sarah BALIAN, dissémination, ICF International  
Ibrahima SEYE, traitement informatique, CRDH  
Cheikh Abdoul Khadre DIOUF, logistique, CRDH





MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

DRAFT DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INVENTAIRE

10/10/2012

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTÉ

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

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

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

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

NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

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

POSITIONNER LE GPS

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

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

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

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

<p>010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)</p> <p>011 HAUTEUR</p> <p>012 LATITUDE</p>	<p>NOM WAYPOINT <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>HAUTEUR ..... <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>N/S ..... a</p> <p>DEGRES/DECIM b <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>013 LONGITUDE</p>	<p>E/O ..... a</p> <p>DEGREES/DECIM b <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p>

CONSENTEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR/TRICE INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT \_\_\_\_\_ JOUR MOIS ANNEE 2 0 1

100	Puis-je commencer l'interview?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ ARRET										
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">:</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">HEURES</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MINUTES</td> </tr> </table>			:			HEURES			MINUTES		
		:											
HEURES			MINUTES										

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

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

ATTENTION!!!!

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

**SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES ET HOSPITALISATION**

DISPONIBILITE DES SERVICES

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

SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI.....1 NON.....2	→ 112
111	Est-ce que cette structure dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI.....1 NON.....2	→ 200
112	De combien de lits dispose au total cette structure pour l'observation ou pour l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	# DE LITS D'OBSERVATION/ D'HOSPITALISATION ..... NSP .....998	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

## SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

### TECHNIQUE DE STERILISATION

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

### STOCKAGES DES MEDICAMENTS

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

**SECTION 3: DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24 - INFRASTRUCTURE -**

SUPERVISION EXTERNE - FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24

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

COMMUNICATION

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

SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

330	<p>Quelle est actuellement la source habituelle d'approvisionnement en eau pour la structure?</p> <p>OBSERVER SI L'EAU EST DISPONIBLE A PARTIR DE LA SOURCE OU BIEN DANS LA STRUCTURE, LE JOUR DE LA VISITE. PAR EXEMPLE VERIFIER QUE LE ROBINET EST FONCTIONNEL</p>	<p>ROBINET DANS LE BATIMENT 01</p> <p>ROBINET DANS LA COUR 02</p> <p>BORNE FONTAINE PUBLIC 03</p> <p>PUITS-CITERNE/FORAGE ..... 04</p> <p>PUITS PROTEGE ..... 05</p> <p>PUITS NON PROTEGE ..... 06</p> <p>SOURCE PROTEGEE ..... 07</p> <p>SOURCE NON PROTEGEE ..... 08</p> <p>EAU DE PLUIES ..... 09</p> <p>EAU EN BOUTEILLE ..... 10</p> <p>CHARRETTE AVEC RESERVOIR/F0 ..... 11</p> <p>CAMION CITERNE/TANKER ..... 12</p> <p>EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG)..... 13</p> <p>AUTRE (A SPECIFIER) ..... 96</p> <p>NSP ..... 98</p> <p>PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU 00</p>	<p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 340</p>
331	<p>Est-ce que l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible au sein de la structure même, à 500 mètres, ou au delà de 500 mètres de la structure?</p> <p>UNE REPONSE RAPPORTEE EST ACCEPTABLE</p>	<p>AU SEIN DE LA STRUCTURE 1</p> <p>A 500M DE LA STRUCTURE ..... 2</p> <p>AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE 3</p>	
332	<p>Est-ce qu'il y a d'habitude une période de l'année où il y a une sévère pénurie ou un manque d'eau dans la structure?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

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

SUPERVISION EXTERNE

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

FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement des frais médicaux pour accéder aux services?	OUI. .... 1 NON . .... 2	→ 370
361	Est-ce que la structure a établi un tarif fixe qui couvre toutes les prestations qu'un patient reçoit, ou est-ce qu'il y a des tarifs séparés pour les différents éléments des services fournis par la structure? SONDER.	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SERVICES 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE ÉLÉMENT 2	→ 363
362	Est-ce que la structure a établi des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE À HAUTE VOIX CHAQUE CATÉGORIE DE RÉPONSE ET ENCERCLER LA RÉPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI NON	
01	CARNET DE SANTÉ .....	1 2	
02	INSCRIPTION/ LISTE D'ENREGISTREMENT .....	1 2	
03	CONSULTATION.....	1 2	
04	MÉDICAMENTS.....	1 2	
05	VACCINS.....	1 2	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS.....	1 2	
07	ACCOUACHEMENTS NORMAUX.....	1 2	
08	SERINGUES ET AIGUILLES.....	1 2	
09	CÉSARIENNE.....	1 2	
10	TEST DÉPISTAGE VIH.....	1 2	
11	TEST DE DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1 2	
12	MICROSCOPIE POUR LE PALUDISME	1 2	
13	AUTRES TESTS DE LABORATOIRE.....	1 2	
14	ARV POUR TRAITEMENT.....	1 2	
15	ARV POUR PTME.....	1 2	
16	PROCÉDURES DE PETITE CHIRURGIE.....	1 2	
363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI 1 NON..... 2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés?	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHÉS 1 OBSERVE ,CERTAINS, PAS TOUS LES T/2	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette structure?  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA RÉPONSE APPROPRIÉE.	EXEMPTION/REDUCTION, GRATUIT..... A EXEMPTION/REDUCTION, PAIEMENT DIFFÉRE..... B SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER..... C PAIEMENT EN NATURE..... D AUTRE..... X SPEFCIER	

SOURCES DE FINANCEMENT

370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la structure a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 2012-2013. Si une <b>autre personne</b> est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle.  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE RÉPONSE.	MINISTÈRE DE LA SANTÉ..... A AUTRES MINISTÈRES..... B RÉGIME DE PROTECTION MÉDICALE (ASSURANCE)..... C FONDS DE SECURITY SOCIALE..... D REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR. E ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR PFF ORGANISME DONATEUR/ONG..... G CONFESIONNEL..... H PROGRAMMES COMMUNAUAIRES..... I AUTRE..... X SPECIFIER	
-----	--	---	--

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

LES PERSONNELS

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

REUNIONS DE GESTION

DIRE A L'INTERVIEWE QUE CETTE SOUS SECTION A BESOIN DE VERIFIER LES PROCES VERBAUX DES REUNIONS.  
IL SERA ALORS UTILE SI LES RAPPORTS SONT RASSEMBLES AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

410	Est-ce qu'il y a habituellement des réunions de gestion de la structure?	OUI..... 1 NON ..... 2	→417
411	A quelle fréquence se tiennent ces réunions de gestion?	UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS..... 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS..... 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS..... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS..... 4 NSP ..... 8	↓417
412	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions de gestion ?	OUI..... 1 NON ..... 2	→417
413	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2	→417
414	FEUILLETEZ LE PROCES VERBAL DE LA REUNION LA PLUS RECENTE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ET ENCERCLER LA LETTRE DE TOUS LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNES DANS LE RAPPORT.	QUALITE DES DONNEES DU SIS..... A LA COMPLETEUDE DES RAPPORTS DU SIS. B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU SIS. C QUALITE DES SERVICES..... D ARCHIVE NON DISPONIBLE..... Z	↓417
415	Est-ce que la structure a pris une quelconque décision basée sur les discussions de la dernière réunion et qui sont mentionnées dans ce rapport ?	OUI..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	↓417
416	Est-ce que la structure a entrepris une quelconque action de suivi en rapport avec les décisions prises lors de la dernière réunion?	OUI..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	
417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent périodiquement?	OUI..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	↓430
418	A quelle fréquence se tiennent ces réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) ?	UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS..... 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS..... 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS..... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS..... 4 NSP ..... 8	↓430
419	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) ?	OUI..... 1 NON ..... 2	→430
420	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2	

OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

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

ASSURANCE QUALITE

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

440	Est-ce que cette structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 450
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI..... 1 NON ..... 2	→450
442	Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité?  UN RAPPORT OU UN COMPTE-RENDU D'UNE REUNION D'ASSURANCE-QUALITE, UN CHECKLIST DE SUPERVISION, UN EXAMEN DE LA MORTALITE, UN AUDIT DES COMPTE-RENDU OU DES REGISTRES SONT TOUS ACCEPTABLES.	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2	

TRANSPORT DES URGENCES

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

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

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires?	OUI..... 1 NON..... 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation de rapports contenant des informations sanitaires?	OUI..... 1 NON..... 2	→464
462	A quelle fréquence ces rapports sont compilés?	AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS ..... 1 TOUS LES 2-3 MOIS..... 2 TOUS LES 4-6 MOIS..... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS..... 4	
463	Puis-je voir une copie du rapport le plus récent?	RAPPORT OBSERVE..... 1 RAPPORTE, RAPPORT NON VU..... 2	
464	Est-ce qu'il y a dans cette structure, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI..... 1 NON..... 2	→470
465	Qui est cette personne?  INSISTEZ	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SGIS..... 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE..... 2 AUTRE PRESTATAIRE..... 3	

STATISTIQUES SANITAIRES

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

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

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

## SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE OU LE MATERIEL EST TRAITÉ/STERILISÉ POUR LA REUTILISATION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET COMMENCER L'INTERVIEW.

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

## SECTION 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

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

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

606	<b>VERIFIEZ Q600 ET Q601</b> UTILISATION D' INCINERATEUR (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	INCINERATEUR NON UTULISE <input type="checkbox"/> (NI "2" NI "3"ENCERCLE)	610
607	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L' INCINERATEUR	INCINERATEUR OBSERVE. .... 1 INCINERATEUR RAPPORTE,PAS VU. .... 2	
608	Est-ce que l'incinérateur est fonctionnel aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REpond/NSP INFORME	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	610
609	Est-ce que le carburant est disponible aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
610	Est-ce que les directives de gestion des déchets médicaux sont disponibles dans ce service ?	OUI. .... 1 NON ..... 2	620
611	Puis-je les voir ?	OBSERVEES. ....1 RAPPORTEES , PAS VUES ..... 2	

TOILETTE DES PATIENTS

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

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

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

## MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

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

SALLE DE CONSULTATION

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

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

LIEU D'ATTENTE

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

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

## SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	<b>VERIFIEZ Q102.17</b> FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC ALLER A LA SECTION SUIVANTE OU AU LIEU DE SERVICE	
-----	--	--	--

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL LABO OU L'ENDROIT OÙ ON FAIT LA PLUPART DES ANALYSES AVANT DE COMMENCER LA COLLECTE DE DONNEES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE OBJET D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATION SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS LA STRUCTURE ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.

## HEMATOLOGIE

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

DEPISTAGE DU VIH

806	Est-ce que la structure fait des tests VIH, y compris le TDR du VIH, soit dans la structure même, soit par référence?	OUI NON	1 2	→827					
807	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI NON	1 2	→809					
808	Puis-je voir un kit de TDR du VIH?  VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE..... OBSERVÉ,AUCUN VALIDE..... RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU.....	1 2 3						
809	Est-ce qu'on utilise dans ce service, un papier buvard pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage du VIH?	OUI NON	1 2	→811					
810	Puis-je voir un exemplaire de papier buvard de la carte de prelevement? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE..... OBSERVÉ,AUCUN VALIDE..... RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU.....	1 2 3						
811	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests VIH ou l'un des équipements suivants est utilisé dans la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) les équipements sont fonctionnel	<b>(a) TEST FAIT</b>		<b>(b) EST-CE QUE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBILITE?</b>			<b>(c) EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?</b>		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBL	OUI	NON	NSP
01		Scanner/lecteur ELISA/EIA	1* b 2] 02*	1 ▶ c	2 ▶ c	3 ] 02*	1	2	8
02		Nettoyeur pour scanner/lecteur ELISA	1* b 2] 03*	1 ▶ c	2 ▶ c	3 ] 03*	1	2	8
03		Réactif Dynabeads avec mélangeur tourbillonnaire vortex	1* b 2] 04*	1 ▶ c	2 ▶ c	3 ] 04*	1	2	8
04		Test Western Blot	1* b 2] 05*	1	2	3			
05		PCR pour analyse de la charge virale [réaction de polymérisation en chaîne (PCR)]	1* b 2] 06*	1	2	3			
06	PCR pour ADN-EID	1* b 2] 812*	1	2	3				
812	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur comment faire un test VIH (cela pourrait être les instructions du fabricant, notices, etc.)?	OUI NON	1 2	→ 814					
813	Puis-je voir les directives,les instructions, notices?	OBSERVÉES..... RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 2						
814	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI NON	1 2	→ 816					
815	Puis-je voir les directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH?	OBSERVÉES..... RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 2						
816	Est-ce qu'il y a d'autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?	OUI NON	1 2	→ 818					
817	Puis-je voir les autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?	OBSERVÉES..... RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 2						

818	Est-ce qu'il y a un système établi pour un contrôle de qualité externe pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 823
819	Quel système de contrôle de qualité externe, est utilisé pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?  SONDER POUR SAVOIR LE SYSTÈME UTILISÉ. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE.	COMITE DE COMPETENCE A INSPECTION EXTERNE/ OBSERVATION DE LA TECHNIQUE. .... B ECHANTILLONS DE SANG ENVOYES AILLEURS POUR RE-DEPISTAGE. .... C AUTRE. .... X	
820	Est-ce qu'il y a un document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 823
821	Puis-je voir le rapport ou le document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	→ 823
822	QUEL EST LE PLUS RECENT POURCENTAGE D'ERREUR RELEVÉ PAR LE CONTRÔLE DE QUALITE EXTERNE SELON LE RAPPORT.	POURCENTAGE D'ERREUR ..... <input type="text"/> PAS DISPONIBLE. .... 95	
823	Est-ce qu'on envoie des échantillons de sang en dehors de la structure pour le dépistage du VIH?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 827
824	Pour lequel des tests de dépistage du VIH on envoie des échantillons de sang en dehors de la structure?  INSISTER	ELISA/EIA. .... A WESTERN BLOT. .... B PCR POUR EID. .... C DEPISTAGE RAPIDE. .... D AUTRE. .... X	
825	Est-ce que vous avez un document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de la structure ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 827
826	Puis je voir le document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de la structure ?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	

PRECAUTIONS DE BASE

VISITER L'ENDROIT OÙ ON FAIT LE DEPISTAGE DU VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE FOR ITEMS THAT YOU DO NOT SEE, ASK YOUR RESPONDENT TO SHOW THEM TO YOU.

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

BIOCHIMIE

830	Est-ce qu'on fait n'importe quel type des tests de glycémie dans cette structure?	OUI .....1 NON .....2	→ 832	
831	Veuillez SVP me dire si: a) Les équipements suivant d'analyse d'analyse de glucose sont utilisés dans cette structure b) L'équipement est disponible, et c) L'équipement est fonctionnel	(a) UTILISÉ	(b) EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POSSIBLES LE TEST SONT DISPONIBLES?	(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?
		OUI NON	OBSERVÉ RAPPORTÉ PAS VU DISPONIBLE	OUI NON NSP
01	Glucomètre	1* b 2] 02←	1 → c 2 → c 3 ] 02←	1 2 8
02	Bandelettes de test	1* b 2] 832←	1 → c 2 → c 3 ] 832←	1 2 8
832	Est-ce qu'on fait dans cette structure des <b>analyses de la fonction hépatique</b> (tels que l'ALAT & l'ASAT) ou des <b>analyses de la fonction rénale</b> (telles que la créatinine sérique)?	OUI .....1 NON.....2	→ 836	
833	Est-ce que cette structure dispose d'un analyseur biochimique sanguin qui permet de faire la créatinine sérique, le TFH et la glycémie (le spectrophotomètre)?	OUI .....1 NON.....2	→ 836	
834	Puis-je voir l'analyseur biochimique sanguin (le spectrophotomètre) ?	OBSERVÉ.....1 RAPPORTÉ, PAS VU.....2		
835	Est-ce que l'analyseur biochimique sanguin (le spectrophotomètre) est fonctionnel? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTÉE	OUI .....1 NON.....2		
836	Est-ce que dans cette structure on fait n'importe quel tests biochimiques sur les urines utilisant bandelettes et / ou des tests de grossesse?	OUI .....1 NON.....2	→ 838	
837	Veuillez SVP me dire si les bandelettes réactives suivantes sont utilisées et sont disponibles aujourd'hui;	(A) UTILISÉ	(B) OBSERVÉ DISPONIBLE	
		OUI NON	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	
01	N'importe quel type de bandelettes réactives pour la recherche de protéines urinaires (avec une date d'expiration valide)	1*b 2] 02←	1 2 3	
02	N'importe quel type de bandelettes réactives pour la recherche de glucose urinaire (avec date d'expiration valide)	1*b 2] 03←	1 2 3	
03	N'importe quel type de test de grossesse (avec date d'expiration valide)	1*b 2] 838←	1 2 3	
838	Est-ce que vous avez une fois envoyé des prélèvements de <b>sang ou d'urine</b> en dehors de la structure pour des analyses biochimiques du sang, les tests de fonctions hépatiques (TFH) des analyses d'urines, ou des tests de grossesse?	OUI .....1 NON.....2	→ 840	
839	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVE, CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE	(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ	(B) DOCUMENT DES RESULTATS DES TESTS OBSERVÉ	
		OUI NON	OUI NON	
01	Analyses biochimiques du sang (par exemple sucre, sodium, potassium etc.)	1 → b 2 ] 02 ←	1 2	
02	Test des fonctions hépatiques (TFH)	1 → b 2 ] 03 ←	1 2	
03	Test d'urine	1 → b 2 ] 04 ←	1 2	
04	Test de grossesse	1 → b 2 ] 840 ←	1 2	

PARASITOLOGIE/BACTERIOLOGIE

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

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

SYPHILIS

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

CHLAMYDIA

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

TUBERCULOSE

861	Est-ce qu'on fait des tests sur la <b>TBC</b> dans cette structure?			OUI.....	1		
				NON.....	2	→ 865	
862	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivant: EQUIPEMENT EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS sur la TBC est utilisé dans la structure TEST UTILISÉ POUR LE TEST SONT DISPONIBLE? 2) Tous les éléments nécessaires pour les tests sont disponibles. 3) Les équipements sont fonctionnels	(a)	(b)	(c)			
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	OUI NON NSP
01	Test de Ziehl-Neelson pour BAAR (bacilles acido-alcool-résistants)	1	2 05				
02	Carbol Fuchsine (fuchsine phéniquée)	1→ b	2 03	1	2	3	
03	Acide sulphurique (concentration 20 - 25% ou acide d'alcool	1→ b	2 04	1	2	3	
04	Bleu de méthylène	1→ b	2 05	1	2	3	
05	Microscope à fluorescence (MF)	1→ b	2 06	1→ c	2→ c	3 06	1 2 8
06	Milieu de culture cellulaire (par exemple, système MGIT 960)	1→ b	2 07	1	2	3	
07	Salle de biosécurité	1→ b	2 863	1	2	3	
863	Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la TB			OUI.....	1		
				NON.....	2	→ 865	
864	Puis-je voir un exemplaire de TDR de la TBC?			OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....	1		
	VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE			OBSERVÉ, AUCUN VALIDE.....	2		
				RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....	3		
865	Est-ce qu'il a dans ce service des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?			OUI.....	1		
				NON.....	2	→ 867	
866	Puis-je voir un échantillon de crachoir?			OBSERVÉ.....	1		
				RAPPORTÉ, PAS VU.....	2		
867	Est-ce qu'on envoie des échantillons de crachats en dehors de la structure pour le dépistage de la TB?			OUI.....	1		
				NON.....	2		
				NSP.....	8	→ 870	
868	Est-ce qu'il y a un document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?			OUI.....	1		
				NON.....	2	→ 870	
869	Puis-je voir le document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?			OBSERVÉ.....	1		
				RAPPORTÉ, PAS VU.....	2		
870	Est-ce qu'il existe un système de contrôle de qualité (soit interne ou externe) pour les analyses de crachat effectuées dans ce laboratoire?			OUI.....	1		
				NON.....	2	→ 880	
871	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 procédures de contrôle qualité (interne ou externe)?			OUI.....	1		
				NON.....	2	→ 880	
873	Est-ce que les documents sont maintenus pour les procédures de CQ interne, les procédures de CQ externe, ou pour les deux procédures de CQ interne et externe?			DOCUMENTS SUR CQI SEULEMENT.....	1		
				DOCUMENTS SUR CQE SEULEMENT.....	2		
				DOCUMENTS SUR LES DEUX PROCEDURES DE CQ.....	3		

IMAGERIE DE DIAGNOSTIC

880	<p>Est-ce qu'on fait des diagnostics par radiographie, par les ultrasons ou par tomodensitométrie/tomographie avec ordinateur?                  SI OUI, DEMANDER A ALLER LÀ OÙ SE TROUVENT LES EQUIPEMENTS ET POSER DES QUESTIONS A LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET.</p>	<p>OUI ..... 1                  NON ..... 2</p> <p style="text-align: center;"><b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←</p>																																
881	<p>Veillez SVP me dire :                  1) Si l'un des équipements suivants pour la radiographie est utilisé dans cette structure, s'il est disponible aujourd'hui, et                  2) S'il est fonctionnel aujourd'hui</p>	<p>(b) EQUIPEMENT UTILISÉ ET DISPONIBLE?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">OBSERVÉ</th> <th rowspan="2">RAPPORTÉ PAS VU</th> <th>PAS DISPONIBLE</th> </tr> <tr> <th>AUJOURD'HUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 → c</td> <td>2 → c</td> <td>3 } 02 ←</td> </tr> <tr> <td>1 → c</td> <td>2 → c</td> <td>3 } 03 ←</td> </tr> <tr> <td>1 → c</td> <td>2 → c</td> <td>3 } 04 ←</td> </tr> <tr> <td>1 → c</td> <td>2 → c</td> <td>3 } <b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←</td> </tr> </tbody> </table>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	AUJOURD'HUI	1 → c	2 → c	3 } 02 ←	1 → c	2 → c	3 } 03 ←	1 → c	2 → c	3 } 04 ←	1 → c	2 → c	3 } <b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←	<p>(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1 } ↓</td> <td>2 } ↓</td> <td>8 } ↓</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b></p>	OUI	NON	NSP	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1 } ↓	2 } ↓	8 } ↓
OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE																																
		AUJOURD'HUI																																
1 → c	2 → c	3 } 02 ←																																
1 → c	2 → c	3 } 03 ←																																
1 → c	2 → c	3 } 04 ←																																
1 → c	2 → c	3 } <b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←																																
OUI	NON	NSP																																
1	2	8																																
1	2	8																																
1	2	8																																
1 } ↓	2 } ↓	8 } ↓																																
<p>REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.</p>																																		

## SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

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

## SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON STOCKE LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE STOCKAGE ET LA GESTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.
Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure de santé. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocker à un autre endroit dans la structure, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

## ANTIBIOTIQUES

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

MEDICAMENTS DEPARASITANTS

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

MEDICAMENTS CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

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

MEDICAMENTS ANTI-FONGIQUES

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

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

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

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la <b>santé maternelle</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE	RAPPORTÉ	NSP / PAS	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
			AUCUN VALIDE	DISPONIBLE PAS VU	DISPONIBLE	
01	CALCIUM GLUCONATE INJECTION	1	2	3	4	5
02	ACIDE FOLIQUE COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	COMPRIMES DE FER	1	2	3	4	5
04	COMPRIMES COMBINES FER + ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
05	MAGNESIUM SUPHATE INJECTION	1	2	3	4	5
06	MISOPROSTOL COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
07	OXYTOCINE OU AUTRE UTEROTONIQUE INJECTABLE	1	2	3	4	5
08	VACCIN ANTITETANIQUE	1	2	3	4	5
09	SELS DE REHYDRATION ORALE (SRO) SACHETS	1	2	3	4	5
10	VITAMINE A CAPSULES	1	2	3	4	5
11	ZINC COMPRIMES	1	2	3	4	5

SOLUTES INTRAVEINEUX

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

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

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

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

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

MATERIELS

912	Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	SERINGUES JETABLES AVEC AIGUILLES JETABLES OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
02	KIT POUR PERFUSION INTRAVEINEUSE	1	2	3
03	CATHETER POUR PERFUSION INTRAVEINEUSE	1	2	3
04	GANTS EN LATEX	1	2	3
05	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
06	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS	1	2	3
07	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3
08	MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES	1	2	3

## SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

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

## CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

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

## SECTION 9.3: MEDICAMENTS ANTI-TUBERCULEUX

930	<b>VERIFIEZ Q214</b> ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>	ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPOSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>				
		ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←				
931	Est-ce que les antituberculeux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ			
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	PAS JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ETHAMBUTOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	ISONIAZIDE COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	PYRAZINAMIDE	1	2	3	4	5
04	RIFAMPICINE	1	2	3	4	5
05	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE	1	2	3	4	5
06	ISONIAZIDE + ETHAMBUTOL (EH) (2FDC)	1	2	3	4	5
07	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE (RHZ) (3FDC)	1	2	3	4	5
08	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + ETHAMBUTOL (RHE) (3FDC)	1	2	3	4	5
09	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE + ETHAMBUTOL (4FDC)	1	2	3	4	5
10	STREPTOMYCINE INJECTABLE	1	2	3	4	5

## CONDITIONS DE STOCKAGE DES ANTITUBERCULEUX

932	OBSERVER L'ENDROIT OU LES ANTITUBERCULEUX SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ETAGERE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITÉ?	1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN 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?  DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMEN 1 REGISTRE DE STOCK MIS À JOUR QUOTIDIENNEMEN.. 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMEN, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS. . . . . 3 REGISTRE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMEN, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. . . . . 4 6	
935	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/>	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE TBC <input type="checkbox"/>	
ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ←		REMERCEZ VOTRE REPODANT DANS LE SERVICE DE TBC ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ←	

## SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

940	<b>VERIFIEZ Q216</b> ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (RESPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ)					
		ALLER A LA SECTION SUIVANTE →					
941	Est-ce que les ARV suivants, du type <b>inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI)</b> sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HL	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5	
02	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) SIROP	1	2	3	4	5	
03	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5	
04	DIDANOSINE (ddl) COMPRIMES	1	2	3	4	5	
05	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5	
06	LAMIVUDINE (3TC) SIROP	1	2	3	4	5	
07	STAVUDINE 30 (D4T)	1	2	3	4	5	
08	STAVUDINE SIROP	1	2	3	4	5	
09	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF)	1	2	3	4	5	
10	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5	
942	Est-ce que les ARV suivants, du type <b>inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI)</b> sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HL	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5	
02	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5	
03	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5	
04	EFAVIRENZ (EFV) SIROP	1	2	3	4	5	
05	DELAVIRDINE (DLV)	1	2	3	4	5	

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

CONDITIONS DE STOCKAGE DES ARV

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

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS

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

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

1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre structure, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.			
	<b>SERVICE DE VACCINATION INFANTILE</b> (UTILISER LE MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	(a) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE	
01	Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
02	Vaccination Polio	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
03	Vaccination Rougeole	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
04	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
04A	Vaccination Fievre Jaune	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
1002	Est-ce que les directives nationales en matières de vaccination infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2	→ 1004
1003	Puis-je voir les directives nationales en matières de vaccination infantiles?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES. ....	1 2	→ 1006
1004	Y a-t-il d'autres types de normes en matière de vaccination infantile qui sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2	→ 1006
1005	Puis-je voir Ces autres directives?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES. ....	1 2	
1006	DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOIR LES ELEMENTS NECESSAIRES POUR LES SERVICES DE VACCINATION	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	Cartes ou carnets individuels de vaccination vierges	1	2	3
02	Feuilles de pointage (contrôle) / "taco jo"	1	2	3
03	Registre de vaccination/du nourrisson sain	1	2	3

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

PRECAUTIONS DE BASE

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

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

1100	<b>VERIFIEZ Q102.6</b> SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE	PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE	
SECTION/ SERVICE SUIVANT(E)			

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS  
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE.  
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1101	S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette structure, et le nombre de jours par mois dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE	
01	Suivi de la croissance de l'enfant	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	
1102	Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI NON.....	1 2 → 1104	
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 2	
1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE OBSERVÉ   RAPPORTÉ PAS VU   PAS DISPONIBLE (B) FONCTIONNEL OUI   NON   NSP		
01	BALANCE POUR ENFANT (GRADUATION 250g )	1 → b 2 → b 3 02 ←	1 2 8	
02	PESE-BEBE (GRADUATION 100g )	1 → b 2 → b 3 03 ←	1 2 8	
03	TOISE	1 → b 2 → b 3 04 ←	1 2 8	
04	RUBAN METRE	1 2 3		
04A	TABLE DE CROISSANCE	1 2 3		
05	COURBES DE CROISSANCE	1 2 3		

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

## SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	<b>VERIFIEZ Q102.03</b> SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	SECTION/SERVICE SUIVANT(E) <input type="checkbox"/>
------	---	---	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES.  
IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES.  
SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

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

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

PRECAUTIONS DE BASE

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

## SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	<b>VERIFIEZ Q102.04</b>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF	
	FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	

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

1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure?  UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS		
1302	Est-ce que cette structure <b>fournit</b> (c'est-à-dire, stocke les produits) ou bien <b>prescrit, conseille ou réfère</b> les clientes pour l'usage des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFÈRE	NON
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3
07	DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)	1	2	3
08	IMPLANT	1	2	3
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULES DU LENDEMAIN)	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	1	2	3
12	STERILISATION MASCULINE	1	2	3
13	STERILISATION FEMININE	1	2	3
14	AUTRES METHODES (PAR EX., SPERMICIDE OU DIAGPHRAGME)	1	2	3
1303	Est-ce que les directives nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→ 1305
1304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2		→ 1307
1305	Est-ce ce que d'autres directives en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→ 1307
1306	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2		
1307	Est-ce qu'il y a des fiches ou des cartes individuelles des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→ 1308A
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE. .... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. .... 2		
1308A	Est-ce qu'il y a des cartes individuelles de suivi de rendez-vous des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→ 1308C
1308B	Puis-je voir une carte vierge de suivi de rendez-vous de cliente?	OBSERVÉE. .... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. .... 2		
1308C	Est-ce qu'il y a un fichier (armoire, dispositif) pour ranger les fiches des clients par status (actives, inactives, abandon des soins) dans ce service ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→ 1309
1308D	Puis-je le voir?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2		

1309	Y a-t-il dans votre structure un système par lequel certaines observations ou paramètres sont systématiquement relevés chez les clientes avant de faire la consultation? SI OUI, DEMANDER A VOIR OU SE DEROULENT CES ACTIVITES.	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1311		
1310	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDER: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON NSP SYSTEMATIQUE	
01	Pesée des clientes	1	2	3	8
02	Prise de la tension	1	2	3	8
03	Organisation sessions d'éducation de groupes sur la santé	1	2	3	8
1311	Dans cette structure est-ce que les prestataires diagnostiquent et traitent systématiquement les IST, ou est-ce que les patients IST sont référés vers un autre prestataire ou une autre structure pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUEMENT/TRAITENT SYSTEMATIST... 1 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE... 2 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE..... 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAITEMENT/REFERENCE 4			
1312	Est-ce que les prestataires en PF font des tests de dépistage du VIH dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1314		
1313	Puis-je voir un exemplaire du kit de test de dépistage rapide (TDR) pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN KIT VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN KIT VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3			

EQUIPEMENTS ET MATERIELS

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

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

PRECAUTIONS DE BASE

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

SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

1400	<b>VERIFIEZ Q.102.05</b> SERVICE DE CPN <input type="checkbox"/> DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE	PAS DE SERVICE DE CPN <input type="checkbox"/> DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
------	---	---	--

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

1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles faites dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				
1402	est-ce que les prestataires de services CPN fournissent habituellement aux femmes enceintes, les services de CPN suivants?	OUI	NON			
01	SUPPLEMENTATION EN FER	1	2			
02	SUPPLEMENTATION EN ACIDE FOLIQUE	1	2			
03	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME	1	2			
04	VACCINATION CONTRE LE TETANOS	1	2			
1403	<b>VERIFIEZ Q1402.04</b> VACCINATION ANTI TETANOS <input type="checkbox"/> FOURNIE ↓	VACCINATION ANTI TETANOS <input type="checkbox"/> PAS FOURNIE	→ 1406			
1404	Est-ce que le vaccin anti tétanique est disponible tous les jours où les services de CPN sont disponibles dans la structure?	OUI	1			
		NON PAS TOUS LES JOURS DE CPN. ....	2			
1405	Combien de jours par semaine la vaccination anti tétanos est-elle disponible dans la structure?	JOURS PAR SEMAINE. .... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				
		MOINS D'UN JOUR PAR SEMAINE. .... 0				
1406	Est-ce que les prestataires en CPN fournissent l'un des tests suivants aux femmes enceintes, comme étant partie intégrante de la CPN? (A) OBSERVÉ DISPONIBLE (B) PAS OBSERVÉ AU MOINS UN VALIDE NON VALID PAS VU LA STRUCTURE RAPPORTE DISPONIBLE NON, OU DISPONIBLE AILLEURS D/ JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE SI OUI, DEMANDER A VOIR LE KIT DU TEST OU L'EQUIPEMENT EST VALIDE/NON PERIME VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT DE CHAQUE TEST SI LE TEST N'EST PAS FAIT, SONDER POUR SAVOIR S'IL EST FAIT DANS UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE	1	2	3	4	5
01	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH					
02	TEST D'ALBUMINURIE					
03	TEST DE GLUCOSURIE					
04	N'IMPORTE QUEL TEST RAPIDE D'ANEMIE					
05	TEST RAPIDE DE DEPISTAGE DE LA SYPHILIS					

1407	Comme partie intégrante des CPN, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux patientes en CPN	OUI	NON
01	CONSEILS SUR LA NECESSITE DE FAIRE 4 CPN POUR CHAQUE GROSSESSE	1	2
02	CONSEILS SUR LA PREPARATION DE L'ACCOUCHEMENT (PLAN D'ACCOUCHEMENT)	1	2
03	CONSEILS SUR LE PLANNING FAMILIAL	1	2
04	CONSEILS SUR LE VIH/SIDA	1	2
05	CONSEILS SUR L'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES POUR SE PROTEGER DES PIQURES DE MOUSTIQUE ET LE PALUDISME	1	2
06	CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	1	2
06A	CONSEILS SUR LES SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ET DU NOUVEAU NE	1	2
07	CONSEILS SUR LES SOINS AU NOUVEAU-NE	1	2
08	CONSEILS SUR LES VISITES POST NATALES	1	2
1408	Dans cette structure, est-ce que les prestataires en CPN font systématiquement le diagnostic et le traitement des IST, ou bien est-ce que les patientes en IST sont référées à un autre prestataire ou une autre structure sanitaire pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAITENT SYSTEMAT IST. .... 1 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE. .... 2 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE. .... 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAIEMENT/REFERENCE... 4	
1409	Est-ce que les directives nationales pour les CPN sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1411
1410	Puis-je les voir?  ACCEPTABLE SI INCLUSES DANS D'AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	→ 1413
1411	Est-ce que d'autres types de directives sur les CPN sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1413
1412	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	
1413	Est-ce que des directives sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1415
1414	Puis-je les voir?  ACCEPTABLE SI FAISANT PARTIE DES AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des clientes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénatals, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1417
1416	Puis-je les voir?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. .... 2	
1417	Est-ce que des cartes ou des fiches-clientes individuelles pour les CPN ou CPoN sont conservées dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1419
1418	Puis-je voir une fiche ou une carte vierge?	OBSERVÉE ..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. .... 2	
1419	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel les observations ou les paramètres des clientes CPN sont systématiquement relevés avant la consultation?  SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OÙ CES ACTIVITÉS SE DEROULENT.	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1421

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

EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN

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

PRECAUTIONS DE BASE

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

## SECTION 15: PREVENTION TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

1500	<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 <input type="checkbox"/>

ATTENTION!!!

NE COMMENCER CETTE SECTION QU' APRES AVOIR FINI AVEC LA SECTION SUR LES CPN

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME DANS LA STRUCTURE.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE PTME.

SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1501	Comme éléments faisant partie des services de PTME, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux clientes	OUI	NON
01	CONSEILS SUR LE VIH ET SERVICE DE TEST DE DEPISTAGE AUX FEMMES ENCEINTES	1	2
02	TEST DE DEPISTAGE DES NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
03	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ANTIRETROVIRAUX AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIV1		2
04	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ARV AUX NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2
05	CONSEILS AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES POUR L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NE§1 ET NOURRISSONS		2
06	CONSEILS NUTRITIONELS POUR LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET LEURS ENFANTS	1	2
07	CONSEILS SUR LA PF AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES	1	2
1502	<b>VERIFIEZ Q1501.01</b> COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES <input type="checkbox"/>	PAS DE COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES <input type="checkbox"/>	1506
1503	EST-CE QUE C'EST LE MEME ENDROIT OU ON FOUNIT LES SERVICES DE CPN?	OUI, C'EST LE SERVICE DE CPN. .... 1 NON, C'EST UN ENDROIT DIFFERENT. .... 2	→ 1506
1504	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH (TDR) est disponible dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1506
1505	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3	
1506	<b>VERIFIEZ Q1501.02</b> COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS <input type="checkbox"/>	PAS DE COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS <input type="checkbox"/>	→ 1509
1507	Est-ce que dans ce service, les prestataires utilisent un papier filtre pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage des enfants ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1509
1508	Puis-je voir un exemplaire de papier buvard? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EXEMPLAIRE EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3	

1509	Est-ce que les directives nationales en matière de PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1511				
1510	Puis-je les voir? PEUT ETRE UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	→ 1513				
1511	Est-ce que d'autres types de directives sur la PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1513				
1512	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2					
1513	Est-ce que des directives sur le counseling pour l'allaitement du bébé et de l'enfant sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1515				
1514	Puis-je les voir? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2					
1515	Est-ce que dans ce service, vous stockez des ARV pour la PTME?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1550				
1516	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) PAS OBSERVÉ				
		AU MOINS UN VALIDE	RAPPORTENSP / PAS NON, OU DISPONIBL DISPONIBL DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ NON VALIC PAS VU AUJOURD'H DISPONIBLE				
01		ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02		NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
03		LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04		LOPINAVER (LPV/r) COMPRIMES	1	2	3	4	5
05		ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
06		EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
07		TENAFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1	2	3	4	5
08		EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
09		ZIDOVDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2	3	4	5
10		NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
11	ZIDOVDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

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

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

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

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1601	Est-ce qu'un prestataire qualifié en matière d'accouchement, est présent dans la structure ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1604
1602	Est-ce qu'il y a un tableau de permanence, une liste d'appel ou un programme journalier d'affectation du personnel?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1604
1603	Puis-je le voir?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2	

## ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

1604	Veuillez me dire si les services suivants ont une fois été fournis par les prestataires de cette structure, en tant qu'élément de leur travail. Si oui, est-ce que ces services ont été fournis au moins une fois au cours des 3 derniers mois	(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA STRUCTURE			(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS		
		OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP
01	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'ANTIBIOTIQUES (IV OU IM)	1 → b	2 02 ←	8 02 ←	1	2	8
02	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'OXYTOCIQUE (IV OU IM)	1 → b	2 03 ←	8 03 ←	1	2	8
03	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'UN ANTICONVULSIVANT POUR L'ECLAMPSIE (IV OU IM)	1 → b	2 04 ←	8 04 ←	1	2	8
04	ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	1 → b	2 05 ←	8 05 ←	1	2	8
05	RETRAIT MANUEL DU PLACENTA	1 → b	2 06 ←	8 06 ←	1	2	8
06	RETRAIT POSTPARTUM DE RESIDUES PLACENTAIRES	1 → b	2 07 ←	8 07 ←	1	2	8
07	REAMINATION NEONATALE	1 → b	2 08 ←	8 08 ←	1	2	8
08	CORTICOSTEROIDES POUR UN TRAVAIL PREMATURE	1 → b	2 1605 ←	8 1605 ←	1	2	8
1605	Est-ce que les directives nationales sur la Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, sont disponibles dans ce service?				OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1607	
1606	Puis-je les voir?				OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2		
1607	Est-ce que vous avez les directives nationales sur les soins obstétricaux d'urgence complets?  ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.				OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1609	
1608	Puis-je les voir?				OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2		

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

## EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

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

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

PTME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

1626	Est-ce que dans ce service vous faites la PTME pour les femmes qui viennent pour accoucher?	OUI..... 1 NON..... 2					
1627	Est-ce que les prestataires de la maternité font le dépistage du VIH dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1629				
1628	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR du VIH?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3					
1629	Est-ce que vous avez des stocks d'ARV pour la PTME, dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1650				
1630	Veuillez me dire si les médicaments antirétroviraux suivants pour la PTME sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) NON OBSERVE				
		AU MOINS UN VALIDE	AUCUN VALIDE	DISPONIBIL RAPPORTENSP / PAS VU	NON / OU DISPONIBLE JAMAIS AUJOURD'HUI DISPONIBLE		
01		ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02		NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
03		LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04		LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1	2	3	4	5
05		ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
06		EFAVIREN (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
07		TENAFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1	2	3	4	5
08		EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
09		ZIDOVDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2	3	4	5
10		NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
11	ZIDOVDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

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

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

## SECTION 17: PALUDISME

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

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

1701	Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS .....	
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins (GE/TDR) pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins systématiquement ou parfois seulement?	SYSTEMATIQUEMENT/TOUJOURS ..... 1 PARFOIS SEULEMENT ..... 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE ..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE ..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU ..... 3	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF ..... 1 AUTRE ..... 2 PRECISER	
1708	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, un affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou l'ordinogramme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou l'ordinogramme?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme selon les directives?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	←
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON ..... 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	←
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	
REMERCIEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

## SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	<b>VERIFIEZ Q102.09</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST	<input type="checkbox"/>
		SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES IST.  
IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DES SERVICES IST.  
SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1801	Combien de jours par mois les services IST sont disponibles dans cette structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DES JOURS]	JOURS/MOIS . . . . .	<input type="text"/>
1802	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic des IST?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 1804
1803	Comment se fait le 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" ENERCLEE DANS SOIT Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX

REPONSE "1" PAS ENERCLEE NI DANS Q1802 NI Q1804

SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT

1806	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service ont jamais été référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ce service leur sont offert dans cette structure?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 1810
1807	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont systématiquement référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ils le sont seulement quand ils suspectés d'être infectés par le VIH?	SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT . . 1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE HIV . . . . . 2	
1808	Est-ce que les prestataires du service IST font le dépistage du VIH dans ce service même?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 1810
1809	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE . . . . . 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE . . . . . 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU . . . . . 3	
1810	Est-ce que les directives nationales pour le diagnostic et le traitement des IST sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 1812
1811	Puis je les voir?	OBSERVÉES . . . . . 1 RAPPORTÉES, PAS VUES . . . . . 2	→ 1814
1812	Est-ce qu'il y a d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement des IST qui sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 1814
1813	Puis-je les voir?	OBSERVÉES . . . . . 1 RAPPORTÉES, PAS VUES . . . . . 2	
1814	Est-ce que cette structure pratique la notification du partenaire pour les IST?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 1816
1815	Est-ce que la notification est toujours active ou parfois (quand la structure contacte le partenaire) ou bien est-elle seulement passive (quand la structure demande aux patients d'informer ou d'amener leurs partenaires)?	TOUJOURS ACTIVE . . . . . 1 PARFOIS ACTIVE . . . . . 2 SEULEMENT PASSIVE . . . . . 3	
1816	Est-ce qu'on utilise des fiches ou des carnets de santé individuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 1818
1817	Puis-je voir une fiche individuelle ou un carnet de santé individuel. (Vierge ou pas).	OBSERVÉE . . . . . 1 RAPPORTÉE, PAS VUE . . . . . 2	

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

PRECAUTIONS DE BASE

1850	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES ..... 11</p> <p>VACCINATION INFANTILE ..... 12</p> <p>SOINS INFANTILES..... 13</p> <p>PLANNING FAMILIAL ..... 14</p> <p>CPN ..... 15</p> <p>PTME..... 16</p> <p>MATERNITE..... 17</p> <p>TUBERCULOSE ..... 19</p> <p>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH ..... 21</p> <p>MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22</p> <p>PETITE CHIRURGIE ..... 23</p> <p>PAS VISITE AVANT..... 31</p>	<p>SE</p>	
1851	<p><b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b></p>	<p>OBSERVE</p> <p>RAPPORTE, PAS VU</p> <p>PAS DISPONIBLE</p>		
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDROALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1852	<p>DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES IST</p>	<p>SALLE SEPARÉE..... 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2</p> <p>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ..... 4</p>		
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>				

## SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	<b>VERIFIEZ Q102.10</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC	<input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE 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 TB.  
SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1901	Combien de jours par mois les services de santé sur la TBC sont-ils fournis?  UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	--	-----------------	----------------------	----------------------

## DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

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

## TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

1908	Est-ce que les prestataires de cette structure prescrivent un traitement pour la TBC ou bien gèrent les patients qui sont sous traitement anti-tuberculeux?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1910		
1909	Quel est le schéma ou l'approche thérapeutique que les prestataires utilisent pour le suivi des patients <u>nouvellement diagnostiqués</u> comme ayant la TBC?  PRECISER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE	TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 2MOIS, SUIVI 4 1 TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 6MOIS. .... 2 SUIVI APRES 2 MOIS DE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE EFFECTUE AILLEURS..... 3 DIAGNOSTIC ET TRAITÉ LE PATIENT HOSPITALISE REFERE AILLEURS POUR SUIVI..... 4 TRAITEMENT COMPLET SANS FAIRE LE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE ..... 5 DIAGNOSTIQUE, PRESCRIT/FOURNIT DES MEDICAMENTS SEULEMENT, PAS DE SUIVI..... 6 DIAGNOSTIC SEULEMENT, PAS DE TRAITEMENT OU DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS..... 7			
1910	<b>VERIFIEZ Q1902 AND Q1908</b> FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC	<input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC	<input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT
1911	Est-ce qu'il existe un système pour dépister le VIH chez les patients tuberculeux?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1913		
1912	Puis-je voir un registre ou une preuve de ce système de dépistage du VIH chez les patients de TBC? LE SYSTEME PEUT ETRE SOUS FORME D'UN REGISTRE	SYSTEME OR REGISTRE OBSERVE ..... 1 SYSTEME OR REGISTRE RAPPORTE, PAS VU ..... 2			



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.	INFORMATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION INFANTILE ..... 12 SOINS INFANTILES..... 13 PLANNING FAMILIAL ..... 14 CPN. .... 15 PTME..... 16 MATERNITE..... 17 IST ..... 18 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH ..... 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....22 CHIRURGIE MINEURE.....23 PAS VISITE AVANT..... 31						→SEC
1951	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE			
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)		1	2	3			
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)		1	2	3			
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/ DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE		1	2	3			
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE		1 06	2	3			
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)		1	2	3			
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)		1	2	3			
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)		1	2	3			
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]		1	2	3			
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES		1	2	3			
10	MASQUES MEDICAUX		1	2	3			
11	BLOUSES		1	2	3			
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]		1	2	3			
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE		1	2	3			
1952	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SALLE SEPARÉE. SONT DELIVRES LES SERVICES DE TBC	AUTRE 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 ENERCLEE</b> )	ANTITUBERCULEUX STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC ( <b>REPONSE 1 ENERCLEE</b> )						→ 931
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.								

## SECTION 20: TEST DE DEPISTAGE DU VIH

2000	<b>VERIFIEZ Q102.11</b>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	
	Fourniture de services de dépistage du VIH dans la structure <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DE DEPISTAGE DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE COUNSELING ET LE DEPISTAGE DU VIH. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2001	Combien de jours par mois les services de dépistage du VIH sont-ils délivrés dans la structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DES JOURS..... <input type="text"/>	
2002	Quand un prestataire voudrait qu'un patient fasse le test de dépistage du VIH, ou bien quand le patient accepte de faire le test, quelle est la procédure qui est suivie? En d'autres termes, quelles sont les options possibles pour faire le test de dépistage?  APRES QUE LA REPONSE EST DONNEE, SONDER POUR DETERMINER TOUTES LES AUTRES PROCEDURES POUR FAIRE LE DEPISTAGE DU VIH.  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DANS LE SERVICE A PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE AU LAËB PATIENT ENVOYE A UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE..... C PATIENT ENVOYE AU LABO DE LA STRUCTURE. D PATIENT ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE. ... E PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE ..... F	
2003	<b>VERIFIEZ Q2002</b> Fourniture de dépistage rapide du VIH dans ce service ("A" encerclé) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" PAS ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 2005
2004	Puis-je voir un kit TDR du VIH?  VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3	
2005	Est-ce qu'il existe dans ce service des tableaux/fiches/cartes individuelles pour les patients qui reçoivent des prestations dans ce service? (par ex., un carnet de santé) Cela renvoie à tout système, où les informations individuelles sur les patients sont enregistrées de telle sorte qu'un fichier de tous les soins et services sont disponibles dans un seul document?	OUI..... 1 NON PAS DE DOSSIER INDIVIDUEL DE MALADE..... 2	→ 2007
2006	Puis-je voir un exemplaire de dossier de malade?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
2007	Est-ce que les directives nationales sur le counseling et le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 2009
2008	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	→ 2011
2009	Est-ce que d'autres types de directives sur le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 2011
2010	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	
2011	Est-ce que le personnel de cet établissement a accès à la prophylaxie post-exposition contre le VIH?	OUI..... 1 NON..... 2	
2012	Est-ce que des protocoles/directives écrites pour la prophylaxie post-exposition sont disponibles dans ce service?  PEUT FAIRE PARTIE D'UN AUTRE DOCUMENT	OUI..... 1 NON..... 2	→ 2014
2013	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	
2014	<b>VERIFIEZ Q2002</b> Prélèvement de sang dans le service ("A" ou "B" ou "F" encerclé) <input type="checkbox"/>	PAS DE PRÉLEVEMENT DE SANG DANS SERVICE (NI "A" NI "B" NI "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 2052

PRECAUTIONS DE BASE

2050	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DEPISTAGE SUR LE VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPIONDANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION INFANTILE ..... 12 SOINS INFANTILES ..... 13 PLANNING FAMILIAL ..... 14 CPN ..... 15 PTME ..... 16 MATERNITE ..... 17 IST ..... 18 TUBERCULOSE ..... 19 MALADIES NON TRANSMISSIBLES ..... 22 PETITE CHIRURGIE ..... 23 PAS VISITE AVANT ..... 31	→2053																																																																				
2051	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>  01 EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) 02 SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) 03 LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE 04 POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE 05 AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR) 06 BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT) 07 GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES) 08 DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUES 09 SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES 10 MASQUES 11 BLOUSES 12 PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION] 13 NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>OBSERVE</th> <th>RAPPORTE PAS VU</th> <th>PAS DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
1	2	3																																																																					
2052	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE ..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE ..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT ..... 3 PAS D'INTIMITÉ ..... 4																																																																					
2053	Est-ce que des condoms à donner aux patients recevant des services de counseling et de dépistage du VIH, sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→2055																																																																				
2054	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS ..... 2																																																																					
2055	VERIFIEZ Q2002 DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE)	PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (NI "E" OU "F" ENCERCLE) SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT																																																																					
2056	Est-ce que cet établissement a un accord avec la structure de référence pour les tests, pour que les résultats soient retournés ici, soit directement soit par le patient?	OUI ..... 1 NON ..... 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT																																																																					
2057	Puis-je voir quelques evidences de cet accord?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2																																																																					
REMERCEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																																																																							

## SECTION 21: TRAITEMENT DU VIH

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

DEMANDER A VOIR L'ENDOIT OU ON FOURNIT LES SERVICES DU TRAITEMENT DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CES SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2101	Est-ce que les prestataires de santé dans cette structure prescrivent un traitement ARV	OUI ..... 1 NON ..... 2	
2102	Est-ce que les prestataires de santé dans cette structure fournissent des services de suivi du traitement aux personnes sous ARV, y compris la fourniture de services communautaires?	OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE ..... 1 OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE ET DANS LA COMMUNAUTE ..... 2 NON ..... 3	
2103	<b>VERIFIEZ Q2101 ET Q2102</b> REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT Q2101 OU Q2102 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q2101 NI Q2102 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>	
2104	Est-ce que les <b>Directives Nationales sur le traitement</b> ARV sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→2106
2105	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	→2108
2106	Est-ce que d'autres types de directives sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→2108
2107	Puis-je les voir?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2	

## TESTS DE BASE AVANT LE TRAITEMENT ARV

2108	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer s'ils font des tests de base de façon systématiquement, sélective ou jamais, avant de mettre un patient sous ARV.			
		TEST DE SITUATION DE REFERENCE EFFECTUÉ DE FACON		
	TEST	SYSTEMATIQ	SELECTIVE	NON / JAMAIS NSP
01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3 8
02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	1	2	3 8
03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3 8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3 8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3 8
06	Bilan des fonctions rénales (creatinine sérique, urée et électrolites)	1	2	3 8
07	Analyse d'urines	1	2	3 8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3 8
09	Test crachat pour la TBC	1	2	3 8
10	Hepatite B	1	2	3 8
11	Radiographie du thorax	1	2	3 8
12	Tous autres tests de routine (SPECIFIER)	1	2	3 8

TESTS DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TARV

2109	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer si <b>un test de suivi</b> est fait systématiquement, de manière sé- jamais <b>pendant que le patient est sous TARV (c'est-à-dire pour le suivi)</b>					
		TEST DE SUIVI EFFECTUÉ DE FAÇON				
	TEST	SYSTEMATIQ	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP	
	01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3	8
	02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	1	2	3	8
	03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3	8
	04	Charge virale VIH ARN	1	2	3	8
	05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3	8
	06	Bilan des fonctions rénales (creatinine sérique, urée et électrolites)	1	2	3	8
	07	Analyse d'urines	1	2	3	8
	08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
	09	Test crachat pour la TBC	1	2	3	8
	10	Hepatitis B	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8	
12	Tous autres tests de routine _____ (SPECIFIER)	1	2	3	8	
2110	<b>VERIFIEZ Q216</b> ARV STOCKES AILLEURS OU PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>			ARV STOCKES DANS LE SERVICE DE TARV (REPONSE 1 ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>	941	
REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.						

## SECTION 22: SOINS ET SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH

2200	<b>VERIFIEZ Q102.13</b> FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH	PAS DE FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
------	---	--	--

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

2201	Veuillez SVP me dire si les prestataires de santé fournissent les services suivants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA:	OUI	NON	NSP
01	Prescrire un traitement contre toute infection opportuniste ou symptôme lié au VIH/SIDA Cela inclut le traitement des infections fongiques topiques.	1	2	8
02	Faire un traitement systématique par voie intraveineuse des infections fongiques spécifiques telles que la méningite à cryptocoque	1	2	8
03	Faire un traitement pour le sarcome de Kaposi	1	2	8
04	Faire ou prescrire un traitement palliatif pour les patients, tels que la gestion des symptômes ou de la douleur ou les soins infirmiers aux patients en phase terminale, ou très affaiblis.	1	2	8
05	Fournir des services de réhabilitation nutritionnelle, c'est-à-dire l'éducation et la fourniture au patient de suppléments nutritionnels	1	2	8
06	Prescrire ou fournir un supplément de protéines enrichies	1	2	8
07	Fournir des soins pédiatriques pour les enfants atteints du VIH/SIDA	1	2	8
08	Prescrire ou fournir un traitement préventif contre la TB (INH + Pyridoxine)	1	2	8
09	Fournir un traitement préventif primaire contre les infections opportunistes, tel que le traitement préventif au Cotrimoxazole	1	2	8
10	Fournir ou prescrire un supplément en oligo-éléments tels que des vitamines ou du fer	1	2	8
11	Fournir le counseling et/ou services de PF	1	2	8
12	Fournir des condoms pour la prévention de la transmission du VIH	1	2	8
2202	Est-ce qu'il y a un système pour tester et dépister systématiquement la TBC chez les patients séropositifs?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2204	
2203	Puis-je voir le registre qui montre que les patients seropositifs sont systématiquement tester et dépister pour la TBC?	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVÉ ..... 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2		
2204	Est-ce que les directives nationales pour la gestion clinique du VIH/SIDA sont disponibles dans ce service ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2206	
2205	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2		
2206	Est-ce que les directives sur les soins palliatifs sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2208	
2207	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2		
2208	Est-ce qu'il y a dans ce service des condoms à distribuer aux patients qui reçoivent les services?	OUI ..... 1 NON ..... 2	Section → suivante	
2209	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. .... 2		

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

## SECTION 23: MALADIES NON TRANSMISSIBLES

2300	<b>VERIFIEZ Q102.14</b> FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←				

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

## DIABETE

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

## MALADIES CADIO-VASCULAIRES

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

## MALADIES RESPIRATOIRES

2320	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou gèrent des maladies respiratoires <b>chroniques</b> telles que la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT ..... 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION ..... 2 OUI, GESTION SEULEMENT ..... 3 NON ..... 4	→ 2330
2321	Est-ce que les <b>directives nationales</b> pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2323
2322	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	→ 2330
2323	Est-ce que <b>d'autres types de directives</b> pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2330
2324	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	

## EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE

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

SALLE DE CONSULTATION DES PATIENTS

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

## SECTION 24: SERVICES DE PETITE CHIRURGIE

2400	<b>VERIFIEZ Q102.15</b> FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE	
	↓	←	
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FAIT LA PETITE CHIRURGIE.  
IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DE SERVICES DE LA PETITE CHIRURGIE.  
SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES ACTES DE PETITE CHIRURGIE ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESS

2401	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PINCE PORTE-AIGUILLE	1 → b	2 → b	3 02 ←	1	2	8
02	LAME DE BISTOURI AVEC MANCHE	1 → b	2 → b	3 03 ←	1	2	8
03	ECARTEUR CHIRURGICAL	1 → b	2 → b	3 04 ←	1	2	8
04	CISEAUX CHIRURGICAUX	1 → b	2 → b	3 05 ←	1	2	8
05	TUBE NASOGASTRIQUE (10-16G)	1 → b	2 → b	3 06 ←	1	2	8
06	TOURNIQUET / GARROT	1 → b	2 → b	3 2402 ←	1	2	8
2402	Veuillez SVP me dire si le matériel ou les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN MEDICAMENT AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE			(B) PAS OBSERVE		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'	PAS JAMAIS DISPONIBLE	
01	FIL DE SUTURE ABSORBABLE	1	2	3	4	5	
02	FIL DE SUTURE NON-ABSORBABLE	1	2	3	4	5	
03	ANTISEPTIQUE/SAVON ANTISEPTIQUE	1	2	3	4	5	
04	LIDOCAINE / LIGNOCAINE INJECTION	1	2	3	4	5	
05	KETAMINE INJECTION	1	2	3	4	5	
2403	Est-ce qu'il y a des directives sur la Gestion intégrée des urgences et des soins chirurgicaux de base (IMEESC)?	OUI .....			1		
		NON .....			2	→ 2450	
2404	Puis-je les voir?	OBSERVÉES.....			1		
		RAPPORTÉES, PAS VUES.....			2		

PRECAUTIONS DE BASE

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

## SECTION 25: CESARIENNES

2500	<b>VERIFIEZ Q102.16</b>	FOURNITURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE
		↓	←
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU ON PRATIQUE LES CESARIENNES.

IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRATIQUE DES CESARIENNES.

SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2501	Est-ce que la structure dispose d'un prestataire qui est qualifié pour pratiquer une césarienne et qui est présent ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2504
2502	Est-ce qu'il y a un horraire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'equipe de garde?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2504
2503	Puis-je le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU ..... 2	
2504	Est-ce que la structure dispose d'un anesthésiste qui est présent dans la structure ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2507
2505	Est-ce qu'il y a un horraire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'equipe de garde?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2507
2506	Puis-je le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU ..... 2	
2507	Est-ce qu'une césarienne a été pratiquée dans la structure au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES CESARIENNES ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESSOUS

2510	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	MACHINE D'ANESTHESIE RESPIRATEUR	1 → b	2 → b	3 02 ←	1	2	8
02	CIRCUIT DU RESPIRATEUR(MASQUE, BALLON, FILTRE, TUYAU)	1 → b	2 → b	3 02A ←	1	2	8
02A	ELECTROCARDIOSCOPE (SCOPE)	1 → b	2 → b	3 03 ←	1	2	8
03	CANULE OROPHARYNGEE DE MAYO (ADULTE)	1 → b	2 → b	3 04 ←	1	2	8
04	CANULE OROPHARYNGEE (ENFANT)	1 → b	2 → b	3 05 ←	1	2	8
05	PINCE MAGILLS - ADULTE	1 → b	2 → b	3 06 ←	1	2	8
06	PINCE MAGILLS - ENFANT	1 → b	2 → b	3 07 ←	1	2	8
07	TUBE ENDOTRACHEAL ( 3.0 - 5.0)	1 → b	2 → b	3 08 ←	1	2	8
08	TUBE ENDOTRACHEAL ( 5.5 - 9.0)	1 → b	2 → b	3 09 ←	1	2	8
09	STYLET D'INTUBATION GUIDE D'INTUBATION	1 → b	2 → b	3 10 ←	1	2	8
10	AIGUILLE SPINALE	1 → b	2 → b	3 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	1	2	8

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

SECTION 26: ANALYSE DE GROUPE SANGUIN ET TEST DE COMPATIBILITE

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

## SECTION 27: SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE

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

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

2701	D'où vient le sang qu'on utilise dans la structure pour les transfusions sanguines?  SONDER POUR AVOIR UNE LISTE COMPLETE DES SOURCES DU SANG.	BANQUE DE SANG NATIONALE. . . . . A BANQUE DE SANG REGIONALE. . . . . B DON DE SANG DIRECT DES PARENTS . . . . . C AUTRE _____ D (SPECIFIER)
2702	Est-ce qu'au cours des 3 derniers mois, on a fait une transfusion de sang dans un contexte obstétrical (cad, pour des soins maternels)?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2

## DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

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

CONSERVATION DU SANG

2720	Est-ce qu'il est arrivé que la structure manque de sang pendant plus d'un jour, à n'importe quel moment au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
2721	Est-ce qu'il existe dans ce service un réfrigérateur pour la conservation du sang?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2724
2722	Puis-je voir le réfrigérateur?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	→ 2724
2723	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR OÙ ON CONSERVE LE SANG?	ENTRE +2 ET +6 DEGRES. .... 1 PLUS DE +6 DEGRES. .... 2 MOINS DE +2 DEGRES. .... 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL. .... 4	
2724	Est-ce qu'il existe des directives quelconques sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OUI ..... 1 NON ..... 2	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
2725	Puis-je voir les directives sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	

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

3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LES CONDITIONS DE LA STRUCTURE	OUI	NON
01	<b>LE SOL:</b> BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS	1	2
02	<b>COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES:</b> NETTOYES PAS DE TRACE VISIBLE DE POUSSIERE OU DE DECHETS	1	2
03	AIGUILLES, OBJETS TRANCHANTS HORS DE LA BOITE DE SECURITE	1	2
04	BOITES POUR OBJETS TRANCHANTS QUI DEBORDENT/ OU SONT PERCEES	1	2
05	BANDAGES/DECHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS	1	2
06	<b>MURS:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉS	1	2
07	<b>PORTES:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉES	1	2
08	<b>PLAFOND:</b> TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2
	HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

**OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR(TRICE)**

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REpondANT:

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES:

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR**

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU SUPERVISEUR: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_



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

**INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTE**

Code de la structure:

--	--	--	--	--

Code Enquêteur:

--	--

Numéro de SERIE du Prestataire:

--	--

[DU FORMULAIRE LISTANT LE PERSONNEL]

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

--

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

--

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

--

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

--

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

OUI, PRECEDEMMENT INTERVIEWE ..... 1

NOM&CODE DE LA STRUCTURE

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

→ FIN

NON, PAS INTERVIEWE PRECEDEMMENT 2

LIRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUIVANT

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

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

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

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

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

signature de l'enquêteur

JOUR		MOIS		ANNEE			

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

101

Puis-je commencer l'interview maintenant?

OUI. .... 1

NON. .... 2

→ FIN

## 1. EDUCATION ET EXPERIENCE

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

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

200	Tout d'abord, je voudrais vous poser des questions au sujet de quelques cours généraux de formation. Avez-vous reçu une <b>formation continue</b> (c.-à-d depuis que vous avez commencé à travailler) ou une <b>formation de mise à jour</b> sur l'un ou l'autre thème suivant? [LIRE LE THEME]  SI OUI, DEMANDEZ: Est-ce que cette <b>formation continue</b> ou <b>formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Les mesures de précaution universelles, telles que l'hygiène des mains, nettoyage et désinfection, gestion de déchets, prévention de piqûres accidentelles dues aux aiguilles de seringue ou de blessures par d'autres objets tranchants, ou bonnes pratiques d'injection?	1	2	3
02	Toute formation spécifique à la sécurité des injections?	1	2	3
03	Systèmes de Gestion de l'Information Sanitaire ou remplissage des rapports pour n'importe quel service ?	1	2	3
04	La confidentialité et le droit aux pratiques non-discriminatoires pour des personnes vivant avec le VIH/SIDA?	1	2	3

201	<b>VÉRIFIEZ A LA Q103 LA PROFESSION/LA QUALIFICATION DU PRESTATAIRE</b>		
	CODE 07 OU 08 (CAD., EN RAPPORT AVEC LABO) ENCERCLE <input type="checkbox"/>		700
	CODE 07 OU 08 <b>N'EST PAS</b> ENCERCLE <input type="checkbox"/>		
Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet des prestations que vous fournissez <b>personnellement</b> comme partie de <b>vosre fonction actuelle au sein de cette structure</b> et de toute <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> liée à ce sujet que vous avez reçue. Rappelez-vous que nous parlons de <b>services que vous fournissez dans le cadre de votre fonction actuelle au sein de cette structure.</b>			
202	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, fournissez-vous personnellement des services connus sous le nom de « <b>amis des jeunes</b> » conçus pour être adressés aux jeunes ou adolescents ? c.-à-d. ayant pour objectif d'encourager l'utilisation des services chez les jeunes ou adolescents ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
203	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets s'adressant spécifiquement aux services réservés aux jeunes ou adolescents, services comme "amis des jeunes" ?  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. .... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. .... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . 3	

## PALUDISME

204	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et / ou traitez personnellement le palu?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
205	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec le diagnostic et/ traitement du paludisme?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→207
206	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> axée sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE		
01	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2
02	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2
03	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIC RAPIDE DU PALUDISME	1	2
04	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2
06	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2
07	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2

## DIABÈTE

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

## MALADIES CARDIOVASCULAIRES

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

## MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

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

## 3. SERVICES DE SANTE INFANTILE

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

## 4. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

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

## 5.SERVICES DE SANTE MATERNELLE

## CPN - SOINS POSTPARTUM -PTME

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

## SERVICES D'ACCOUCHEMENT

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

## SERVICES DES SOINS AUX NOUVEAU-NES

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

## 6. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES - TB - VIH / SIDA

## INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

600	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des IST?	YES. .... 1 NO. .... 2		
601	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets liés aux services IST?	YES. .... 1 NO. .... 2		→603
602	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	1	2	3
02	La prise en charge syndromique des IST	1	2	3
03	La résistance aux médicaments pour le traitement des IST	1	2	3

## LA TUBERCULOSE

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

## SERVICES VIH/SIDA

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

## 7. SERVICES DE DIAGNOSTIC

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

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

<p>808</p>	<p>Parmi les diverses choses liées à votre situation de travail que vous voudriez voir améliorées, pouvez-vous me citer les trois choses qui selon vous sont les plus susceptibles d'améliorer votre capacité à fournir des prestations de soins? Classez-les, s'il vous plaît, par ordre d'importance, 1 étant le plus important</p> <p>ENTREZ LA LETTRE CORRESPONDANT A LA 1ERE CHOSE MENTIONNEE DANS LA 1ERE CASE, ET FAIRE DE MEME POUR LA 2EME ET LA 3EME.</p> <p>SI LE PRESTATAIRE MENTIONNE 1 OU 2 ELEMENTS SEULEMENT LAISSEZ ALORS VIDES LA/LES CASE(S) RESTANTE(S). IL DOIT Y AVOIR AU MOINS UN ELEMENT SAISI.</p>	<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 PROPHYLAXIE POSTEXPOSURE (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> <div style="text-align: right;"> <p>CLASSEMENT</p> <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> </div>			
<p>REMERCIEZ LE PRESTATAIRE ET PASSEZ AU PROCHAIN ENDROIT DE COLLECTE DE DONNEES</p>					



10/10/2012

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

## OBSERVATION DES SERVICES DE PLANNIFICATION FAMILIALE

### 1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

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

### 2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE

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

### 3. INFORMATION SUR L'OBSERVATION

Date: .....	JOUR .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
	MOIS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
	ANNEE.....	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/>
Nom de l'observateur: _____	CODE DE L'OBSERVATEUR	<input type="text"/> <input type="text"/>
Code du client: .....	CODE DU CLIENT .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

#### 4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE

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

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

	<p><b>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, Je suis (.....). Je représente</b> le Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec cette cliente afin de comprendre comment les services de planification familiale sont fournis dans ce service.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. Cependant, les informations collectées pendant cette observation pourront être utilisées par le ministère de la Santé ou les organismes appuyant des services dans cette formation, en vue de l'amélioration des services de santé. Des informations de cette observation pourront aussi être fournies aux chercheurs pour des analyses; cependant, les informations seront fournies de telle manière que ni vous, ni le service, ni la cliente ne pourront être identifiés. Tous les rapports utilisant ces données présenteront l'information sous forme globale, ce qui constitue une garantie supplémentaire de confidentialité.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Sachez que si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gêné, vous pouvez me demander de partir.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'Enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p>		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">JOUR</td> <td style="font-size: 8px;">MOIS</td> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">ANNEE</td> </tr> </table>				2	0	1	JOUR	MOIS	ANNEE			
			2	0	1										
JOUR	MOIS	ANNEE													
100	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE LA PERMISSION DE L'OBSERVER	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN												

	<p><b>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour, Je suis (.....). Je représente</b> l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) et le Ministère de la Santé. Nous faisons une enquête auprès des formations sanitaires. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, afin de mieux comprendre comment les soins sanitaires sont fournis.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer [L'INFIRMIERE/LE DOCTEUR/LE PRESTAIRE] ou le service en particulier, mais plutôt nous essayons d'avoir une image de la situation globale afin d'améliorer des services. Des informations de cette observation peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des prestations ne seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre visite c'est complètement volontaire et si vous acceptez de participer ou pas n'affecteront pas les services que vous recevez. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je quitte, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue voudrait parler avec vous au sujet de votre expérience ici aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser ? Sachez que si, à un moment quelconque, vous vous sentez gênée par ma présence, vous pouvez me demander de partir. Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation ?</p>		
--	--	--	--

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

**HISTOIRE DE LA PATIENTE (POUR LES FEMMES SEULEMENT)**

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

**HISTOIRE DU PATIENT/DE LA PATIENTE (TOUS LES PATIENTS)**

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

**EXAMEN PHYSIQUE**

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

**PARTENAIRE ET IST**

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

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

**QUESTIONS/PREOCUPATIONS**

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

**CONFIDENTIALITE**

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

**METHODES PRESCRITES OU FOURNIES**

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

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>POUR LA OU LES MÉTHODES DES QUESTIONS 112-129, INDIQUEZ SI LES INFORMATIONS APPROPRIÉES CI-DESSOUS RELATIVES AU COUNSELING ONT ÉTÉ ÉVALUÉES OU DISCUTÉES.</b>		
112	VERIFIEZ Q111: SI "A", "B", "C", "D" OU "E" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	114
113	<b>PILULE OU INJECTABLES</b>	
01	Prise (de la pilule quotidiennement ; et de l'injection chaque mois ou tous les 3 mois).	A
02	Le changement qui peut se produire avec les règles (diminution du flux, spotting).	B
03	Les effets secondaires qui peuvent se produire au début (comme la nausée, le gain de poids, et la tension mammaire).	C
04	Que faire en cas d'oubli de la pilule ou de l'injection au moment indiqué.	D
05	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	E
06	Doit retourner à la structure quand les effets secondaires apparaissent ou persistent	F
07	Aucun	Y
114	VERIFIEZ Q111: SI "F" OU "G" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	116
115	<b>CONDOM</b>	
01	La non utilisation si la cliente est allergique au latex.	A
02	Ne peut être employé qu'une seule fois.	B
03	Les lubrifiants qui peuvent être utilisés (hydrosoluble seulement pour le condom masculin; n'importe quel lubrifiant pour le condom féminin)	C
04	Son utilisation comme protection si la cliente craint l'échec avec une autre méthode.	D
05	De la double protection (contre la grossesse et les IST)	E
06	Aucun	Y
116	VERIFIEZ Q111: SI "H" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	118
117	<b>DISPOSITIF INTRAUTERIN/STERILET (DIU)</b>	
01	Efficace pendant 12 années.	A
02	Doit retourner à la formation dans 3-6 semaines après l'insertion ou après les premières règles.	B
03	Des effets secondaires courants qui peuvent se produire (saignement intense pendant les premiers mois qui suivent l'insertion, spotting, ou de légères crampes abdominales).	C
04	Doit retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires persistent.	D
05	L'utilisatrice doit régulièrement vérifier le fil après chaque menstruation.	E
06	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	F
07	Aucun	Y
118	VERIFIEZ Q111: SI "I" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	120
119	<b>IMPLANT</b>	
01	Efficace pendant 3-5 années.	A
02	Changement qui peut se produire avec la menstruation (saignement irrégulier, spotting).	B
03	Des effets secondaires qui peuvent se produire au début (nausée, gain de poids, et tension mammaire).	C
04	Doit retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires persistent.	D
05	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	E
06	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
120	VERIFIEZ Q111: SI "J" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 122	
121	<b>CONTRACEPTION D'URGENCE</b>	
01	Prendre une autre dose si vomissement dans les deux heures qui suivent la prise	A
02	Retour pour un contrôle de grossesse, si les prochaines règles sont exceptionnellement légères ou ne se produisent pas dans un délai de 4 semaines	B
03	Première dose qui doit être prise 72 heures après le rapport sexuel	C
04	Deuxième dose qui devrait être prise 12 heures après la première dose.	D
05	Pas une méthode contraceptive de routine et donc ne doit pas être répétée/prise plus de trois fois dans un mois.	E
06	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	F
07	Aucun	Y
122	VERIFIEZ Q111: SI "K" OR "L" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI NON (ALLEZ A) → 124	
123	<b>RYTHME OU ABSTINENCE PERIODIQUE</b>	
01	Comment identifier la période fertile d'une femme	A
02	Ne pas avoir de rapports pendant la période fertile de la femme sans méthode alternative	B
03	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	C
04	Aucun	Y
124	VERIFIEZ Q111: SI "M" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 126	
125	<b>VASECTOMIE</b>	
01	La partenaire est protégée contre la grossesse après 3 mois	A
02	Utilisation d'une méthode de relais pour les 3 mois qui suivent l'opération.	B
03	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un faible risque d'échec.	C
04	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, tension mammaire et saignement).	D
05	Doit retourner à la structure en cas de signes	E
06	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	F
07	Aucun	Y
126	VERIFIEZ Q111: SI "N" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 128	
127	<b>STERILISATION FEMININE</b>	
01	protège contre la grossesse immédiatement	A
02	Méthode qui est prévue d'être permanente; avec un faible risque d'échec.	B
03	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, légers maux de tête, fièvre, saignement et absence des règles).	C
04	Doit retourner à la structure en cas de signes	D
05	La méthode ne protège pas contre les IST et le VIH	E
06	Aucun	Y
128	VERIFIEZ Q111: SI "O" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 130	
129	<b>MAMA</b>	
01	Du faible risque minime de grossesse peu de temps avant la reprise de la menstruation.	A
02	Doit allaiter de manière exclusive ou presque exclusive	B
03	Pas efficace après le retour des règles.	C
04	L'enfant doit avoir moins de 6 mois.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y

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

**ACTIONS ADDITIONNELLES DU PRESTATAIRE**

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

**CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE**

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

**5. OBSERVATION CLINIQUE**

201	INDIQUEZ SI UNE PROCEDURE CLINIQUE A ÉTÉ CONDUITE PENDANT CETTE VISITE.															
01	EXAMEN PELVIEN	A														
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DU DIU	B														
03	ADMINISTRATION D'UN INJECTABLE	C														
04	INSERTION ET/OU RETRAIT DES IMPLANTS	D														
05	AUCUN	Y → 301														
202	LE PRESTATAIRE QUI FAIT L'EXAMEN CLINIQUE EST-IL CELUI QUI A FAIT LE COUNSELLING?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 206														
<p><b>A LIRE AU PRESTATAIRE:</b> Bonjour, je représente le ministère de la santé. Nous effectuons une enquête dans les formations sanitaires, avec le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais observer la façon de procéder avec la cliente. [Mme ____] est d'accord et ne voit pas d'inconvénients à ma présence. Ainsi, observer tous les composants des services fournis à [Mme ____] nous aidera à mieux comprendre comment les services de santé sont fournis.</p> <p>Toute information concernant cette procédure restera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je vous laisse seuls, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission d'être présent durant la procédure?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'Enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">JOUR</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANNEE</td> <td></td> </tr> </table>						2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE		
			2	0	1											
JOUR		MOIS		ANNEE												
203	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ REÇUE DU PRESTATAIRE.	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 301														

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

### 6. EXAMEN PELVIEN

206	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UN EXAMEN PELVIEN A ÉTÉ CONDUIT ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 210
-----	---	----------------------------	-------

#### AVANT L'EXAMEN

207	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS AVANT LA PROCEDURE	
01	Assurer l'intimité visuelle de la patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive de la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	Preparer les instruments avant la procédure	D
05	Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	E
06	Porter des gants en latex avant de commencer	F
07	Aucun	Y

#### PENDANT L'EXAMEN

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

#### APRES L'EXAMEN

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

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

### 7. INSERTION/RETRAIT DU DIU

210	VERIFIEZ Q201 : UN DIU A-T-IL ETE INSERE OU RETIRE ?	INSERTION DU DIU ..... A RETRAIT DU DIU ..... B EXAMEN DU DIU ..... C AUCUN ..... Y	→ 215
-----	--	--	-------

#### AVANT LA PROCEDURE

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

#### PENDANT LA PROCEDURE

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

#### APRES LA PROCEDURE

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

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>INTERACTION PATIENTE-PRESTATAIRE</b>		
214	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	A-t-il dit à la patiente que la méthode est efficace pendant 12 mois?	A
02	A-t-il conseillé à la patiente de retourner à la structure dans 3 à 6 semaines après insertion ou après les premières règles?	B
03	A-t-il instruit la patiente de vérifier régulièrement la présence du fil après chaque période des règles	C
04	A-t-il dit à la patiente qu'elle pourrait expérimenter des effets secondaires? (saignement abondant les premiers mois, saignement en goutte ou de légères douleurs abdominales)	D
05	A-t-il instruit à la patiente de retourner à la structure si les effets secondaires persistent	E
06	A-t-il donné à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion et la date de la prochaine visite de suivi.	F
07	<b>(SI RETRAIT DU DIU):</b> Montrer le DIU qui a été retiré.	G
08	AUCUN	Y

### 8. LES CONTRACEPTIVES INJECTABLES

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

### AVANT LA PROCEDURE

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

### PENDANT LA PROCEDURE

217	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS PENDANT LA PROCEDURE	
01	<b>(S'IL UTILISE DU MATERIEL JETABLE)</b> Utiliser une nouvelle seringue et une nouvelle aiguille d'un paquet stérile et scellé	A
02	Ouvrir un nouveau paquet de seringues et d'aiguilles	B
03	Retirer chaque fois l'aiguille du flacon à dose multiple	C
04	Remuer ou agiter le contenu du flacon avant de retirer la dose	D
05	Nettoyer et sécher à l'air libre le lieu de l'injection avant l'injection	E
06	Tirer le piston de la seringue en arrière avant d'injecter le produit	F
07	Après l'injection, permettre à la dose de se disperser toute seule au lieu de masser l'endroit de l'injection	G
08	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>APRES LA PROCEDURE</b>		
218	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A POSE L'UN DES ACTES SUIVANTS APRES LA PROCEDURE	
01	Jeter les objets tranchants dans une boîte de sécurité	A
02	Dire a la cliente de ne pas masser l'endroit de l'injection.	B
03	Dire a la cliente quand revenir pour la prochaine injection	C
04	AUCUN	Y
219	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ETE FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR FORMATION 1 FOURNIES PAR CLIENTE . . . . 2 NE SAIS PAS . . . . . 8

### 9. INSERTION/RETRAIT D'IMPLANT

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

### AVANT LA PROCEDURE

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

### PENDANT LA PROCEDURE

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

### APRES LA PROCEDURE

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

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

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

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

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

05/15/2012

# MEASURE DHS - ÉVALUATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

## OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

### 1. Identification de la Structure Sanitaire

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

### 2. Information sur le Prestataire

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

### 3. Information sur l'Observation

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

#### 4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A												
AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DU (DE LA) CLIENT(E). ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ÊTES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ÊTES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.															
	<p><b>A LIRE AU PRESTATAIRE:</b> Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente le <b>Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)</b>. Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires au Sénégal dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec ce(tte) client(e) afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le le ministère de la Santé ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; font-weight: bold;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; font-weight: bold;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; font-weight: bold;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="2">ANNEE</td> </tr> </table> </div> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquête a accepté volontairement de participer)</p>					2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE	
		2	0	1											
JOUR		MOIS		ANNEE											
100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN												
	<p><b>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR:</b> Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente le Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au Sénégal. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou la Structure en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service ne seront divulgués. Ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre consultation c'est de manière complètement volontaire. Que vous acceptiez de participer ou non, cela n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la salle de consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, un de mes collègues souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquête a accepté volontairement de participer)</p>														
101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR L'ACCOMPAGNATEUR.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN												
102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI ..... 1 NON ..... 2													
104	INDIQUEZ LE SEXE DE L'ENFANT.	MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... 2													

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

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

### EXAMENS PHYSIQUES

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

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

### AUTRES EXAMENS

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

### CONSEILS A L'ACCOMPAGNATEUR

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

### DES CONSEILS SUPPLEMENTAIRES

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

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

**RÉFÉRENCES ET HOSPITALISATION**

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

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

### 6. DIAGNOSTIC

<p>DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE VOUS DIRE LE DIAGNOSTIC POUR L'ENFANT MALADE. SI LA DESHYDRATATION ETAIT DIAGNOSTIQUEE, DEMANDEZ SI ELLE ETAIT GRAVE, MODERE, OU LEGERE ET NOTEZ LA REPONSE APPROPRIEE. POUR TOUT AUTRE DIAGNOSTIC, ENCERCLEZ LE DIAGNOSTIC FAIT.</p>		
<b>DIAGNOSTIC (OU SYMPTOME PRINCIPAL, SI AUCUN DIAGNOSTIC)</b>		
201	<b>DESHYDRATATION</b>	
	DESHYDRATATION SEVERE. . . . .	1
	DESHYDRATATION MODEREE. . . . .	2
	DESHYDRATATION LEGERE. . . . .	3
	AUCUN DES SYMPTOMES CI-DESSUS. . . . .	4
202	<b>SYSTEME RESPIRATOIRE</b>	
	PNEUMONIE / BRONCHO-PNEUMONIE . . . . .	A
	SPASME BRONCHIQUE/ASTHME. . . . .	B
	INFECTION RESPIRATOIRE SUPERIEURE (IRS). . . . .	C
	MALADIE RESPIRATOIRE, DIAGNOSTIC INCERTAIN. . . . .	D
	TOUX, DIAGNOSTIC INCERTAIN. . . . .	E
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	Y
203	<b>SYSTEME DIGESTIF / INTESTINAL</b>	
	DIARRHEE. . . . .	A
	DYSENTERIE (AUTRE QU' AMIBIASE). . . . .	B
	AMIBIASE. . . . .	C
	AUTRES DIAGNOSTICS DIGESTIFS / INTESTINAUX (PRECISEZ) _____	X
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	Y
204	<b>PALUDISME</b>	
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR SYMPTOMES). . . . .	1
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST MICROSC). . . . .	2
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST RAPID) . . . . .	3
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	4
205	<b>FIEVRE/ROUGEOLE</b>	
	FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE. . . . .	1
	ROUGEOLE PRESUMEE SANS COMPLICATIONS. . . . .	2
	ROUGEOLE PRESUMEE AVEC COMPLICATIONS (EX. BOUCHE / YEUX). . . . .	3
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	4
206	<b>L'OREILLE</b>	
	MASTOIDITE. . . . .	A
	INFECTION AIGUE DE L'OREILLE. . . . .	B
	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE. . . . .	C
	AUTRE INFECTION DE L'OREILLE. . . . .	X
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	Y
207	<b>LA GORGE</b>	
	DOULEUR DE LA GORGE . . . . .	1
	AUTRE DIAGNOSTIC POUR GORGE (SPECIFIEZ) _____	2
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. . . . .	3
208	<b>AUTRE DIAGNOSTIC</b>	
	AUTRE DIAGNOSTIC (SPECIFIEZ) _____	1
	PAS D'AUTRE DIAGNOSTIC. . . . .	2

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

### 7. TRAITEMENT

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

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

### DEMANDEZ AU PRESTATAIRE

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

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

## INTERVIEW DE SORTIE DE LA PATIENTE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

### IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE

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

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

NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE: .....

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE: .....

--	--

### INFORMATION SUR L'INTERVIEW

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

JOUR .....

--	--

MOIS .....

--	--

ANNEE: .....

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

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

CODE DE L'ENQUETEUR: .....

--	--

CODE DU PATIENT: .....

--	--	--

# 1. Informations Sur la Visite - PLANIFICATION FAMILIALE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
	<p><b>LIRE AU PATIENT: Bonjour, je suis _____ . Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons l'Agence Nationale de la Statistique et de la Demographie (ANSD) et le Ministère de la Santé.</b>            Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des structures sanitaires dans notre pays. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre expérience en rapport aux services qui vous a été offerts aujourd'hui.</p> <p>Veuillez savoir que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'entrevue à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'entrevue et que je quitte le service, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission de continuer l'entrevue ?</p>																		
	_____ Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><b>2</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>1</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td colspan="2">ANNEE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		JOUR	MOIS	ANNEE						
				<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>													
JOUR	MOIS	ANNEE																	
100	Puis-je commencer l'entrevue?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN																
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>:</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			:														
		:																	
102	ENREGISTREZ LE SEXE DU REPODANT	MASCULIN..... 1 FEMININ..... 2																	
103	Faisiez-vous quelque chose pour éviter une grossesse avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 105																
104	Avez-vous utilisé une méthode de planification familiale ou avez-vous pris des mesures pour empêcher une grossesse à tout moment durant les 6 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112																
105	Quelle est la (dernière) méthode que vous utilisez ? SI DES CONDOMS ÉTAIENT UTILISES EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEULE..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I CONTRACEPTION D'URGENCE. .... J COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . . K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE)..... L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) . . M STERILISATION FEMININE ( LIGATURE DES TROMPES). . . . . N ALLAITEMENT/MAMA . . . . . O AUTRE _____ X (SPECIFIER)																	

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

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																																																												
114	Le prestataire vous a-t-il parlé des méthodes que vous venez de mentionner?	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																													
115	De quelles (autres) méthodes de planification familiale le prestataire vous a-t-il parlé?  ENCERCLEZ TOUTES LES METHODES MENTIONNEES	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEULE..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I CONTRACEPTION D'URGENCE. .... J COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . . K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE)..... L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) . . M STERILISATION FEMININE ( LIGATURE DES TROMPES)..... N ALLAITEMENT/MAMA. .... O AUTRE _____ X (SPECIFIER)																																																													
116	Quelle méthode de planification familiale avez-vous reçu ou pour laquelle avez-vous obtenu une prescription ou une référence ?  ENCERCLEZ TOUTES LES MÉTHODES QUE LA CLIENTE A REÇU (REC) OU POUR LESQUELLES ELLE A EU UNE PRESCRIPTION OU UNE RÉFÉRENCE (PRES).  SI LA CLIENTE CONTINUE D'UTILISER UNE MÉTHODE ANTÉRIEURE ET N'A RECU NI MÉTHODE, NI PRESCRIPTION, NI RÉFÉRENCE A CETTE VISITE, ENCERCLEZ LE CODE "Y".  VÉRIFIEZ LE PAQUET OU LA PRESCRIPTION POUR CONFIRMER LE TYPE DE PILLULE OU D'INJECTION	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>PRES</u></th> <th><u>REC</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PILULE COMBINEE.....</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr><td>PILULE PROGEST. SEULE.....</td><td>B</td><td>B</td></tr> <tr><td>PIL. (TYPE NON SPECIFIE).....</td><td>C</td><td>C</td></tr> <tr><td>INJ. NORIGYNON (1M).....</td><td>D</td><td>D</td></tr> <tr><td>INJ. DEPO PROVERA (2-3M).....</td><td>E</td><td>E</td></tr> <tr><td>CONDOM MASCULIN.....</td><td>F</td><td>F</td></tr> <tr><td>CONDOM FEMININ.....</td><td>G</td><td>G</td></tr> <tr><td>DIU.....</td><td>H</td><td>H</td></tr> <tr><td>IMPLANT.....</td><td>I</td><td>I</td></tr> <tr><td>CONTRACEPTION D'URGENCE. ....</td><td>J</td><td>J</td></tr> <tr><td>COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . .</td><td>K</td><td>K</td></tr> <tr><td>METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE).....</td><td>L</td><td>L</td></tr> <tr><td>STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) . .</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>STERILISATION FEMININE ( LIGATURE DES TROMPES).....</td><td>N</td><td>N</td></tr> <tr><td>ALLAITEMENT/MAMA. ....</td><td>O</td><td>O</td></tr> <tr><td>AUTRE _____</td><td>X</td><td>X</td></tr> <tr><td>(SPECIFIER)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONTINUATION DE LA METHODE DANS Q105. .</td><td>Y</td><td>Y</td></tr> <tr><td>PAS DE METHODE. ....</td><td>Z</td><td>Z</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">↓ 201</p> <p><b>[PASSEZ A 201 SI LES DEUX "Z" SONT ENCERCLES, CAD NI METHODE RECUE NI PRESCRITE] AUTREMENT CONTINUEZ A Q117</b></p>		<u>PRES</u>	<u>REC</u>	PILULE COMBINEE.....	A	A	PILULE PROGEST. SEULE.....	B	B	PIL. (TYPE NON SPECIFIE).....	C	C	INJ. NORIGYNON (1M).....	D	D	INJ. DEPO PROVERA (2-3M).....	E	E	CONDOM MASCULIN.....	F	F	CONDOM FEMININ.....	G	G	DIU.....	H	H	IMPLANT.....	I	I	CONTRACEPTION D'URGENCE. ....	J	J	COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . .	K	K	METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE).....	L	L	STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) . .	M	M	STERILISATION FEMININE ( LIGATURE DES TROMPES).....	N	N	ALLAITEMENT/MAMA. ....	O	O	AUTRE _____	X	X	(SPECIFIER)			CONTINUATION DE LA METHODE DANS Q105. .	Y	Y	PAS DE METHODE. ....	Z	Z	
	<u>PRES</u>	<u>REC</u>																																																													
PILULE COMBINEE.....	A	A																																																													
PILULE PROGEST. SEULE.....	B	B																																																													
PIL. (TYPE NON SPECIFIE).....	C	C																																																													
INJ. NORIGYNON (1M).....	D	D																																																													
INJ. DEPO PROVERA (2-3M).....	E	E																																																													
CONDOM MASCULIN.....	F	F																																																													
CONDOM FEMININ.....	G	G																																																													
DIU.....	H	H																																																													
IMPLANT.....	I	I																																																													
CONTRACEPTION D'URGENCE. ....	J	J																																																													
COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES . . . . .	K	K																																																													
METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE).....	L	L																																																													
STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) . .	M	M																																																													
STERILISATION FEMININE ( LIGATURE DES TROMPES).....	N	N																																																													
ALLAITEMENT/MAMA. ....	O	O																																																													
AUTRE _____	X	X																																																													
(SPECIFIER)																																																															
CONTINUATION DE LA METHODE DANS Q105. .	Y	Y																																																													
PAS DE METHODE. ....	Z	Z																																																													
117	Pendant votre consultation, le prestataire a-t-il :	OUI    NON    NSP																																																													
01	Expliqué comment utiliser la méthode?	COMMENT UTULISER    1    2    8																																																													
02	Parlé d'effets secondaires possibles?	PARLE EFF. SECOND.    1    2    8																																																													
03	Dit que faire si vous aviez des problèmes ?	QUE FAIRE PROBLEME    1    2    8																																																													
04	Dit quand revenir pour le suivi ?	DIT QUAND REVENIR    1    2    8																																																													

NO.	QUESTIONS		CODES	ALLER A
118	MARQUEZ CI-DESSOUS LA MÉTHODE ENCERCLÉE A LA QUESTION 116. PUIS, POSEZ A LA CLIENTE LA QUESTION LIÉE À CETTE MÉTHODE.			
A	PILULE (N'IMPORTE LAQUELLE)	Combien de fois prenez-vous la pilule?	UNE FOIS PAR JOUR..... 1 AUTRE ..... 2 NSP ..... 8	
B	CONDOM (MASCULIN)	Combien de fois pouvez-vous utiliser un condom ?	UNE FOIS ..... 1 AUTRE ..... 2 NSP ..... 8	
C	CONDOM (FEMININ)	Combien de fois pouvez-vous utiliser un condom ?	UNE FOIS ..... 1 AUTRE ..... 2 NSP ..... 8	
D	DIU	Que devrez-vous faire pour vous assurer que votre DIU est bien en place?	VERIFIER LE FIL ..... 1 AUTRE ..... 2 NSP ..... 8	
E	PROGESTIN INJECTABLE ( EX. DEPO-PROVERA 2-3 MOIS)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	2-3 MOIS ..... 1 AUTRE ..... 2 NSP ..... 8	
F	INJECTABLE MENSUEL (NORIGYNON)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	1 MOIS..... 1 AUTRE ..... 2 NSP ..... 8	
G	IMPLANT	Quelle est la durée de protection de votre implant contre la grossesse?	3-7 ANS ..... 1 AUTRE ..... 2 NSP ..... 8	
H	METHODE NATURELLE  (RYTHME/ CONTINENCE PERIODIQUE)	Comment reconnaissez-vous les jours où vous ne devriez pas avoir de rapports sexuels ?	ELEVATION DE LA TEMPERATURE CORPORELLE ..... A GLAIRE CERVICAL ..... B 12 AU 16 EME JOURS DU CYCLE MENSTRUEL ..... C JOURS DES PERLES BLANCHES DU COLLIER/ 8 AU 19 EME JOURS DU CYCLE MENSTRUEL..... D AUTRE ..... X NSP ..... Z	
I	VASECTOMIE  [section obsv. Demandez si le prestataire a conseillé sur le faible risque]	Après avoir été stérilisé, (et après les 3 premiers mois), pouvez-vous encore rendre une femme enceinte?	OUI,ABSOLUMENT..... 1 OUI FAIBLE RISQUE SEULEMENT 2 NON..... 3 NSP..... 8	
J	LIGATURE DES TROMPES  [section obsv. Demandez si le prestataire a conseillé sur le risque léger]	Après avoir été stérilisée, pouvez-vous devenir enceinte?	OUI, ABSOLUMENT ..... 1 OUI, FAIBLE RISQUE SEULEMENT 2 NON ..... 3 NSP..... 8	
K	MAMA	Pouvez- vous utiliser cette methode s'il y a apparution des regles?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	
119	Votre méthode protège-t-elle contre des infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	→ 201

## 2. Satisfaction de la cliente

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

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

### 3. Caractéristiques Personnelles de la Cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP. .... 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint?	PRIMAIRE. .... 1 POST-PRIMAIRE/VOCATIONEL. 2 SECONDAIRE. .... 3 SUPERIEUR. . . . . 4 UNIVERSITAIRE. .... 5	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE .. 1 OUI, LIRE SEULEMENT ..... 2 NON ..... 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !			
<b>Commentaires de l'enquêteur:</b>   			

# MEASURE DHS - EVALUATION DES PRESTATIONS DE SERVICES

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

### 1. Identification de la Formation Sanitaire

Nom de la structure sanitaire: _____	TYPE DE QUESTIONNAIRE.....	<table border="1"><tr><td>X</td><td>E</td><td>M</td></tr></table>	X	E	M		
X	E	M					
Adresse de la structure sanitaire: _____							
NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE .....		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE.....		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					

### 2. Informations Sur l'Interview

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

3. Informations sur la Visite																			
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
	<p><b>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR:</b> Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons le ministère de la santé et l'agence nationale des statistiques. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre expérience en rapport aux services qui a été offert à l'enfant que vous avez accompagné d'aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'entrevue à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués. Ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'entrevue et que je quitte le service, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission de continuer l'entrevue ?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p> <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="3">ANNEE</td> <td></td> </tr> </table>							2	0	1		JOUR		MOIS		ANNEE			
				2	0	1													
JOUR		MOIS		ANNEE															
100	Puis-je commencer l'entrevue?	CLIENT ACCEPTE ..... 1 CLIENT REFUSE ..... 2	→ FIN																
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW..... <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>																		
102	Quel est le nom de l'enfant malade?	NOM _____																	
<b>AGE DE L'ENFANT</b>																			
103	En quel mois et quelle année est né [NOM]?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS..... 98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ANNEE..... 9998																	
104	Quel est l'âge de [NOM] en mois (révolus)?	AGE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS..... 98																	
<b>SIGNES ET SYMPTOMES DE LA MALADIE ACTUELLE</b>																			
105	[NOM] avait-il(elle) eu de la fièvre au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux jours passés?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																	
106	[NOM] a-t-il eu fait une convulsion au cours de cette maladie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																	
107	[NOM] a-t-il(elle) eu une toux ou des difficultés à respirer?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																	
108	[NOM] peut-il(elle) boire, manger ou teter?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																	
109	[NOM] a-t-il(elle) tout vomi après avoir mangé ou tété au cours de cette maladie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																	

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

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

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
130	Est-ce que [Nom] a-t-il été vacciné aujourd'hui?  SI OUI, DEMANDEZ A VOIR LA CARTE DE VACCINATION (OU CARNET) DE L'ENFANT INDIQUEZ SI LA CARTE PROUVE QUE L'ENFANT A ÉTÉ VACCINÉ AUJOURD'HUI.	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE, PAS VU 2 NON 3 NE SAIT PAS..... 8	
<b>REFERENCE</b>			
131	Est-ce que le prestataire vous a demandé d'amener [NOM] auprès d'un prestataire de santé ou dans un laboratoire pour un prélèvement au doigt ou au talon?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134
132	Avez-vous amené [NOM] auprès d'un prestataire de santé ou dans un laboratoire pour un prélèvement au doigt ou au talon?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134
133	Vous a-t-on donné les résultats des tests faits?	OUI..... 1 NON..... 2	
134	Est-ce que le prestataire vous a dit d'aller à une autre structure sanitaire, chez un autre prestataire, ou pour un test en laboratoire pour davantage de soins pour votre enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 136
135		OUI      NON      NSP	
01	Est-ce qu'on vous a donné un papier ou une note pour cette référence ?	1            2            8	
02	Est-ce qu'on vous a dit où aller pour la référence ?	1            2            8	
03	Est-ce qu'on vous a dit qui voir pour la référence ?	1            2            8	
04	Est-ce qu'on vous a dit pourquoi vous devez aller pour la référence ?	1            2            8	
05	Avez-vous l'intention d'y aller	1            2            8	
136	Avez-vous vu un autre prestataire de santé ou un guérisseur traditionnel avant de venir ici ?  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE.	OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS CETTE STRUCTURE ..... A OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS UNE AUTRE STRUCTURE..... B OUI, GUERISSEUR TRADITIO..... C NON..... Y	

## 2. Satisfaction de l'accompagnateur

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

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



## LISTE DU PERSONNEL

CODE STRUCTURE

--	--	--	--

CODE ENQUETEUR

--	--

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

NUMERO SERIAL PRESTATAIRE	PRENOM DU PRESTATAIRE OU LES INITIAUX	CODE ET QUALIF'N PRESTATAIRE	SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE										INTERVIEWE											
			PRESCRIT TAR	COUNSELING ET TEST DU VIH	RELATIF AU VIH/SIDA	PALUDISME	TB	IST	MALADIES NON TRANSMISSIBLES	CNP	PTME TCV	ACCOCHEMENT	PLANNING FAMILIAL	SANTE INFANTILE	PETITE CHIRURGIE	FAIT DES TESTS DE LABO	AUTRES SERVICES DU CLIENT	MARQUEZ SI L'INTERVIEW EST EFFECTUEE	OUI	OUI				
01																								
02																								
03																								
04																								
05																								
06																								
07																								
08																								
09																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
01	MEDECIN GENERALISTE																				19	ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE		
02	CHIRURGIEN GENERALISTE																					20	BIOLOGISTE	
03	MEDECIN SPECIALISTE																						21	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE
04	TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE																						22	MATRONE
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE																						23	RELAIS
06	TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE																						24	AUTRES AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION																						96	AUTRE
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN IMAGERIE MEDICALE																							
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ORTHOPEDIE																							

## LISTE DU PERSONNEL

--	--	--	--

CODE STRUCTURE

--	--	--	--

CODE ENQUETEUR

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

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

**LISTE DU PERSONNEL**

--	--	--	--

CODE STRUCTURE

--	--

CODE ENQUETEUR

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

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

**LISTE DU PERSONNEL**

CODE STRUCTURE


CODE ENQUETEUR


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

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

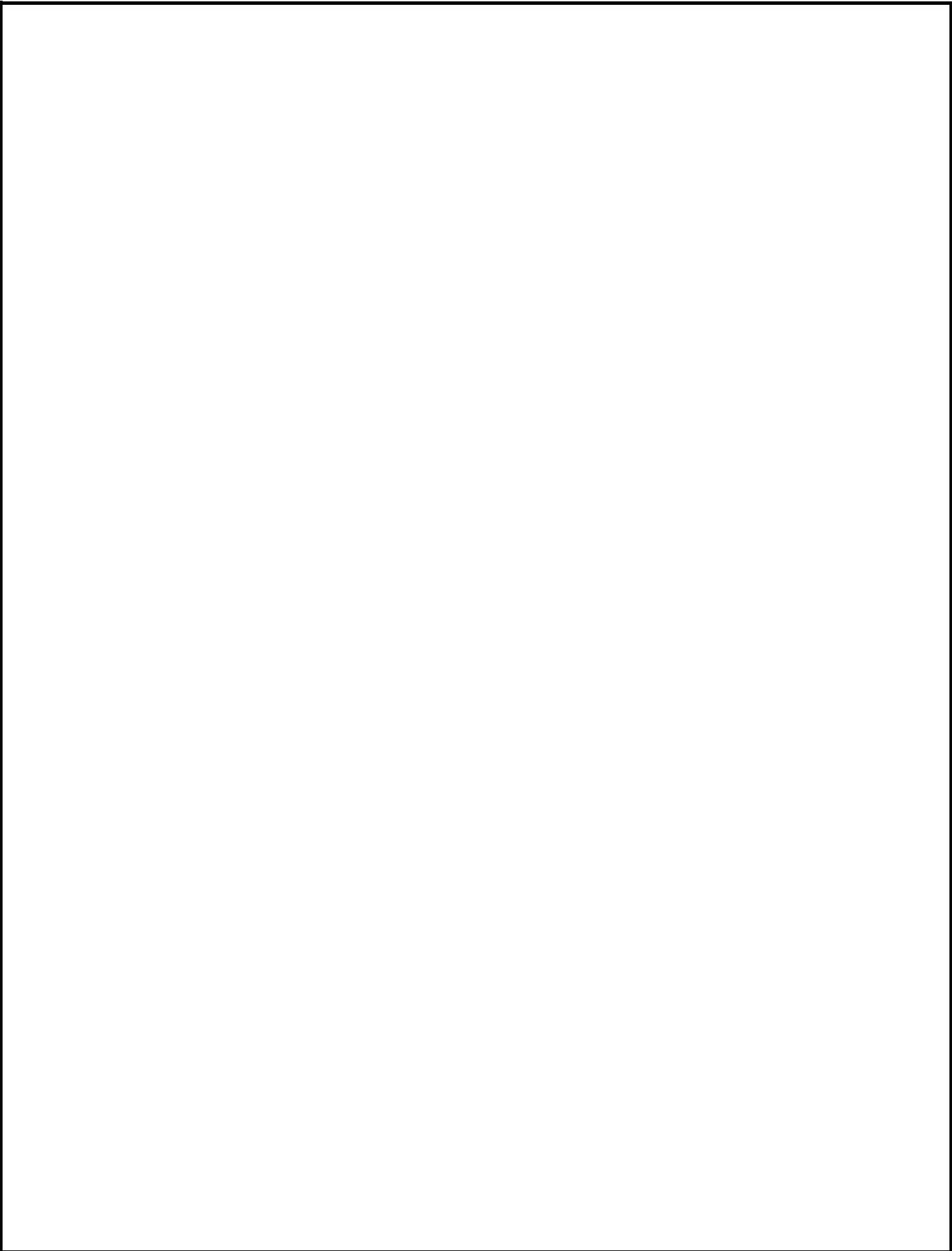
01	MEDECIN GENERALISTE	10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE	19	ASSISTANT TECHNICIEN DE PHARMACIE
02	CHIRURGIEN GENERALISTE	11	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE	20	BIOLOGISTE
03	MEDECIN SPECIALISTE	12	TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPTAMOLOGIE	21	ASSISTANT TECHNICIEN DE LABORATOIRE
04	TECHNICIEN SUPERIEUR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

# MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

DRAFT DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INVENTAIRE POUR CASE DE SANTE



# IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTÉ

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

## VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

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

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

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

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

# COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

**POSITIONNER LE GPS**

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

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

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

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

<p>010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)</p> <p>011 HAUTEUR</p> <p>012 LATITUDE</p>	<p>NOM WAYPOINT <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>HAUTEUR ..... <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>N/S ..... a</p> <p>DEGRES/DECIM b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>013 LONGITUDE</p>	<p>E/O ..... a</p> <p>DEGREES/DECIM b <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p>

# CONSENTEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

					2	0	1
JOUR				MOIS		ANNEE	

100	Puis-je commencer l'interview?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ ARRET										
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </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" style="text-align: center;">HEURES</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MINUTES</td> </tr> </table>			:			HEURES			MINUTES		
		:											
HEURES			MINUTES										

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

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

ATTENTION!!!!

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

# MODULE 1: INFORMATIONS GENERALES - DISPONIBILITE DES SERVICES

## SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES

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

102	Est-ce que votre structure fournit les services de santé suivants? En d'autre termes est-ce qu'il y a un endroit où les patients peuvent recevoir les services suivants: Services de sante peuvent etre offerts par strategie fixe ou avancee ou mobile	OUI	NON	FAIT
01	Services de vaccination infantile, soit dans la structure ou dans la communauté (stratégies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
02	Services de suivi de la croissance, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
03	Services de soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
04	Un quelconque service de planning familial, - y compris méthodes modernes, les méthodes basées sur la connaissance de la période de fertilité (méthode naturelle), la stérilisation chirurgicale féminine ou masculine	1	2	<input type="checkbox"/>
05	Services de Consultations Périnatales (CPN) (stratégies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
06	Services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) (Stratégies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
07	Services pour accouchement normal et/ou soins du nouveau-né	1	2	<input type="checkbox"/>
08	Services pour le diagnostic ou le traitement du paludisme	1	2	<input type="checkbox"/>
09	Services pour le diagnostic ou le traitement des IST, en dehors du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
10	Services de Suivi communautaire de la TBC	1	2	<input type="checkbox"/>
11	Services de counseling et de dépistage du VIH (Stratégie avancée)	1	2	<input type="checkbox"/>

### SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112
111	Est-ce que cette structure dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 210
112	De combien de lits dispose au total cette structure pour l'observation ou pour l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	# DE LITS D'OBSERVATION/ D'HOSPITALISATION ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	

## SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

### STOCKAGES DES MEDICAMENTS

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

## MODULE 2: DISPONIBILITE DU SERVICE GENERAL

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

#### DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24

300	Est-ce qu'il y a un prestataire de santé (acteur communautaire) qui est présent dans la structure de santé tout le temps, ou qui est à la disposition de la structure sur appel tout le temps (24H/24H) pour prendre en charge les urgences?	OUI, PRESTATAIRE 24H/24. . . . . 1 NON, PAS DE PRESTATAIRE 24H/24. . . 2	→ 310
301	Est-ce qu'il y a un système de permanence du personnel, une feuille de garde avec les permanences du personnel qui couvre 24H?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	
<b>COMMUNICATION</b>			
310	Est-ce que cette structure a une <b>ligne téléphonique fixe</b> qui permet d'appeler durant tout le temps où les services sont offerts ?  PRECISER QUE SI LA STRUCTURE OFFRE DES SERVICES 24/24 POUR LES URGENCES, CELA SIGNIFIE AUSSI UNE DISPONIBILITE DU TELEPHONE 24/24.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 313
311	Puis-je voir le téléphone fixe?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
312	Est-ce que Le téléphone est fonctionnel ? VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
313	Est-ce que la structure dispose d'un téléphone portable ou un telephone portable personnel pris en charge par la structure ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 316
314	Puis-je voir le téléphone portable de la structure ou le telephone portable personnel pris en charge par la structure VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
315	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
316	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>émetteur-radio à ondes courtes</b> pour les appels radio?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
317	Puis-je voir l'émetteur-radio à ondes courtes?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
318	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
319	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>ordinateur</b> ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 330
320	Puis-je voir l'ordinateur?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
321	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
322	Est-ce qu'il est possible d'avoir la connexion internet au sein de la structure à travers un ordinateur ou un téléphone portable? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 330
323	Durant les jours où les services sont offerts, est-ce que la connexion internet est systématiquement disponible <b>pendant au moins 2 heures</b> ? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	

## SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

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

## APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

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

## SUPERVISION EXTERNE

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

## FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement (les soins) pour accéder aux services?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 370
361	Est-ce que la structure a établi un tarif fixe qui couvre toutes les prestations qu'un patient reçoit, ou est-ce qu'il y a des tarifs séparés pour les différents éléments des services fournis par la structure? SONDER.	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SER 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE E 2	→ 363
362	Est-ce que la structure a établi des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE A HAUTE VOIX CHAQUE CATEGORIE DE REPONSE ET ENCERCLER LA REPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI      NON	
01	CARNET DE SANTE .....	1      2	
02	INSCRIPTION / CARTE D'ENREGISTREMENT .....	1      2	
03	CONSULTATION. ....	1      2	
04	MEDICAMENTS. ....	1      2	
05	VACCINS .....	1      2	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS. ....	1      2	
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX. ....	1      2	
08	SERINGUES ET AIGUILLES. ....	1      2	
363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés?	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHÉS: 1 OBSERVE ,CERTAINS, PAS TOUS LES T2	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette structure?  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE APPROPRIÉE.	EXEMPTION/REDUCTION, GRATUIT. . . . A EXEMPTION/REDUCTION, PAIEMENT DIFFÉRE. .... B SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER ..... C PAIEMENT EN NATURE. .... D AUTRE _____ X	

## SOURCES OF REVENUE

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

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

**LES PERSONNELS**

400	Veuillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée dans cette structure. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne en tant infirmier (e) ou médecins) indépendamment des tâches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette établissement.		
		(a)	(b)
	<b>CATEGORIES PROFESSIONNELLES</b>	ENGAGE OU AFFECTE	TEMPS PARTIEL
01	AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE/ SECOURISTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	MATRONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	RELAIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	DSDOM (DISTRIBUTEUR DES SOINS A DOMICILE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	Bajenu gox	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	Membre du Comité de santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**REUNIONS DE GESTION**

DIRE A L'INTERVIEWE QUE CETTE SOUS SECTION A BESOIN DE VERIFIER LES PROCES VERBAUX DES REUNIONS.  
IL SERA ALORS UTILE SI LES RAPPORTS SONT RASSEMBLES AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

410	Est-ce qu'il y a habituellement des réunions de gestion de la structure? Reunion du comité de santé de la case?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→417
411	A quelle fréquence se tiennent ces réunions de gestion?	UNE FOIS PAR MOIS OU MOINS. .... 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. .... 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. .... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. .... 4 NSP ..... 8	↵417
412	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions de gestion ?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→417
413	Est ce je peux voir les procès verbaux de la réunion la plus récente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	→417
414	FEUILLETEZ LE PROCES VERBAL DE LA REUNION LA PLUS RECENTE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ET EN CERCLER LA LETTRE DE TOUS LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNÉS DANS LE RAPPORT.	QUALITY DES DONNEES DU SIS. .... A LA PLENITUDE DES RAPPORTS DU SIS. .... B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU SIS. .... C QUALITE DES SERVICES. .... D UTILISATION DES SERVICES. .... E DONNEES SUR LES MALADIES. .... F CONDITIONS DE TRAVAIL (PAR EX. SALAIRE, HORAIRES DE TRAVAIL). .... G FINANCES OU BUDGET. .... H AUTRE ..... X AUCUN DES SUJETS CI-DESSUS. .... Y ARCHIVE NON DISPONIBLE. .... Z	↵417
415	Est-ce que la structure a pris une quelconque décision basée sur les discussions de la dernière réunion et qui sont mentionnées dans ce rapport ?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	↵417
416	Est-ce que la structure a entrepris une quelconque action de suivi en rapport avec les décisions prises lors de la dernière réunion?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent <i>périodiquement</i> ?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	↵430
418	A quelle fréquence les réunions périodiques entre le personnel de santé et membres de la communauté sont-elles tenues?	MENSUELLEMENT OU MOINS ..... 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS ..... 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS ..... 4 NSP ..... 8	↵430
419	Est-ce que le proces verbal des réunions entre personnel de santé et membres de la communauté est conservé?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→430
420	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus récente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois?	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	

## OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

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

## ASSURANCE QUALITE

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

440	Est-ce que cette structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→450
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→450
442	Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité?  UN RAPPORT OU UN COMPTE-RENDU D'UNE REUNION D'ASSURANCE-QUALITE, UN CHECKLIST DE SUPERVISION, UN EXAMEN DE LA MORTALITE, UN AUDIT DES COMPTE-RENDU OU DES REGISTRES SONT TOUS ACCEPTABLES.	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE, PAS VU ..... 2	

## TRANSPORT DES URGENCES

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

## SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

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

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation de rapports contenant des informations sanitaires?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→464
462	A quelle fréquence ces rapports sont compilés?	AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS ..... 1 TOUS LES 2-3 MOIS. .... 2 TOUS LES 4-6 MOIS. .... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. .... 4	
463	Puis-je voir une copie du rapport le plus récent?	RAPPORT OBSERVE. .... 1 RAPPORTE, RAPPORT NON VU ..... 2	
464	Est-ce qu'il y a dans cette structure, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→470
465	Qui est cette personne?  INSISTEZ	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SGIS. .... 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE. .... 2 AUTRE PRESTATAIRE. .... 3	

## STATISTIQUES SANITAIRES

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

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

## SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

EMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE OU LE MATERIEL EST TRAITÉ/STERILISÉ POUR LA REUTILISATION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET COMMENCER L'INTERVIEW.

500	VERIFIEZ Q201 EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS SONT STERILISES DANS CETTE STRUCTURE?	OUI <input type="checkbox"/> (CODES 1 OU 2 ENCERCLES)	NON (CODE 3 ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT				
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA STRUCTURE ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous utilisez [METHODE] dans la structure ?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"						
	METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE		(B) FONCTIONNEL			
		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP
01	CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1 → b	2 → b	3 ↓ 2	1	2	8
02	SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 ↓ 3	1	2	8
03	N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3			
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA STRUCTURE, DEMANDER AU REpondANT ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, ETC.						
	A	Méthode	(1) EBULLITION		(2) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE		
			UTILIS..... 1 PAS UTILISÉ..... 2 → 2		UTILIS..... 1 PAS UTILISÉ..... 2 → 503		
	B	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		MINUTES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		
			NSP.....998		NSP..... 998		
C	Désinfectant chimique utilisé		ALCOOL..... 01 BETADINE..... 02 CHLORINE/EAU DE JAVEL..... 03 NSP..... 98				
503	Est-ce cette structure dispose des directives sur la decontamination et desinfection à haut niveau des équipements?		OUI..... 1 NON..... 2		→ SECTION SUIVANTE		
504	Puis je voir les directives sur la sterilisation finale des équipements?  LES DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.		OBSERVEES..... 1 RAPPORTEES, PAS VUES..... 2				

## SECTION 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

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

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

## TOILETTE DES PATIENTS

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

## SALLE D'ATTENTE

---

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

---

## MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

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

## SALLE DE CONSULTATION

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

710	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES POUR LES MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
711	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE.....1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITE VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITE..... 4		

## LIEU D'ATTENTE

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

## SECTION 8: DIAGNOSTIC

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

## SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

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

## SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON STOCKE LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE STOCKAGE ET LA GESTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.
Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure de santé. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocker à un autre endroit dans la structure, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

## ANTIBIOTIQUES

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

MEDICAMENTS DEPARASITANTS

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

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

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

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

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

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

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



## SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

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

## CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

922	OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES	YES	NO
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT AU-DESSUS DU SOL?	1	2
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?	1	2
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?	1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être perimé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. .... 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. .... 2 NON. .... 3	
924	Quel est le système mis en place dans cette structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui?  DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉ AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNE 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QU 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 4 6	

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS (Strategies avancees)

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

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

1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre structure, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.		
	<b>SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (STRATEGIE AVANCEE:Point de Vaccination)</b>	(a)	(b)
	(UTILISER MOIS 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	# JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Nombre de jours de vaccination organisee)Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES

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

1100	<b>VERIFIEZ Q102.05</b> SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE	PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE
SECTION/ SERVICE SUIVANT(E)		

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1101	S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette structure, et le nombre de jours par mois dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE				
01	Suivi de la croissance de l'enfant	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES				
1102	Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI NON.....	1 2				
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 2				
1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE		(B) FONCTIONNEL			
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250g )	1 → b	2 → b	3 02	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100g )	1 → b	2 → b	3 03	1	2	8
03	TOISE	1 → b	2 → b	3 04	1	2	8
04	RUBAN DE MESURE POUR LA CIRCONFERENCE	1	2	3			
05	COURBES DE CROISSANCE	1	2	3			
REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.							

## SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	<b>VERIFIEZ Q102.03</b> SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>		
SECTION/SERVICE SUIVANT(E) ←				
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.				
1201	Veuillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont délivrés dans cette structure pour les enfants de moins de 5 ans, et le nombre de jours par mois où ils sont fournis dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE	
01	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	
1202	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, délivrent les services suivants	YES	NO	
01	DIAGNOSTIQUENT ET/OU TRAITENT LA MALNUTRITION INFANTILE	1	2	
02	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	1	2	
03	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN FER	1	2	
04	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN ZINC	1	2	
1203	Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les directives de la PCIME Communautaire dans les prestataires aux enfants de moins de 5 ans?	OUI..... 1 NON..... 2		
1204	Est-ce que les directives de la PCIME Communautaire pour le diagnostic des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1206
1205	Puis-je voir les directives de la PCIME communautaire?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	1	→ 1208
1206	Est-ce que d'autres directives pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1208
1207	Puis-je les voir ?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	1	
1208	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel certaines observations et paramètres sont systématiquement relevés sur les enfants malades, avant la consultation pour la maladie déclarée? SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITÉS AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1210
1209	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDER :  Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACNSP SYSTEMATIQU
01	Pesée de l'enfant	1	2	3 8
02	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme	1	2	3 8
03	Prise de la température de l'enfant	1	2	3 8
05	Dispensation de conseils sur la santé	1	2	3 8
06	Administration de médicaments et/ou passer un linge mouillé pour réduire la température	1	2	3 8

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

PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES. . . . . 11</p> <p>PAS VISITE AVANT . . . . . 31</p>	SECTION SUIVANTE/SERVICE		
1251	<p><b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</b></p>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3	
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3	
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3	
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3	
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3	
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3	
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3	
1052	<p>DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p>	<p>SALLE SEPARÉE. . . . . 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE. . . . . 2</p> <p>INTIMITE VISUELLE SEULEMENT. . . . . 3</p> <p>PAS D'INTIMITE. . . . . 4</p>			
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>					

## SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	<b>VERIFIEZ Q102.04</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←
------	---	--

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

1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1302	Est-ce que cette structure <b>fournit</b> (c'est-à-dire, stocke les produits ou bien <b>prescrit, conseille ou réfère</b> les clientes pour l'un des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFERE	NON
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (SUIVI DU CYCLE PAR LA METHODE ABSTINENCE RYTHMIQUE/COLLIER)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE		2	3
1303	Est-ce que les directives nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1305
1304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2		→ 1307
1305	Est-ce ce que d'autres directives en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1307
1306	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2		
1307	Est-ce qu'il y a des fiches ou des cartes individuelles des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1314
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE..... 2		

## EQUIPEMENTS ET MATERIELS

1314	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 02 ↘	1	2	8
05	TABLE GYNECOLOGIQUE / TABLE DE CONSULTATION	1	2	3			
06	ECHANTILLON METHODES DE PF	1	2	3			
07	AUTRES SUPPORTS VISUELS SPECIFIQUES A LA PF [PAR EX. FLIP, CHARTS, DEPLIANTS]	1	2	3			
09	MODELE POUR DEMONTRER L'UTILISATION DU CONDOM	1	2	3			

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

SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

1400	<b>VERIFIEZ Q.102.05</b>  SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE	<input type="checkbox"/> ↓	PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE  SECTIONSUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	--	-------------------------------	---

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

1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles faites dans cette structure? Strategies avancees UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
1413	Est-ce que des directives sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→ 1415
1414	Puis-je les voir?  ACCEPTABLE SI FAISANT PART DES AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2		
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des clientes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénatals, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→ 1421
1416	Puis-je les voir?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. .... 2		

EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN

1421	Je voudrais savoir si les matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	(A) DSIPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 ↘	1	2	8

1422	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTEÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
04	SP / FANSIDARPOUR TRAITEMENT ITTERRMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5

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

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

1600	<b>VERIFIEZ Q102.07</b> FOUNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES	PAS DE FOUNTURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.				
1601	Est-ce qu'une matrone est présente dans la structure ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI ..... 1 NON..... 2		

## ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

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

## EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

1622	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service d'accouchement, et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
03	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 } 04 ←	1	2	8
04	ASPIRATEUR CATHETER	1 → b	2 → b	3 } 05 ←	1	2	8
05	ASPIRATEUR POIRE	1 → b	2 → b	3 } 06 ←	1	2	8
11	PESE-BEBE	1 → b	2 → b	3 } 12 ←	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir				OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT				1	2	8
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE				1	2	8
03	FILS DE LIGATURE POUR CORDON OMBILICAL//CLAMP DE BARE				1	2	8
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8
1624	Est-ce que cette structure observe <b>systématiquement</b> les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveaux-nés?				OUI	NON	NSP
01	Poser le bebe sur le ventre de la mere juste après l'accouchement (Peau sur Peau)				1	2	8
02	Sécher et couvrir les nouveaux-nés pour les réchauffer				1	2	8
03	commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement				1	2	8
04	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie				1	2	8
06	Aspiration à l'aide d'une poire				1	2	8
07	Pesée immédiate du nouveau-né				1	2	8
09	Appliquer de la Tetracycline dans les deux yeux				1	2	8
10	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance				1	2	8
11	Donner au nouveau-né le colostrum				1	2	8
1625	Veuillez me dire si les médicaments ou les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) NON OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'hui	NON, OU JAMAIS DISPONIBLE	
01	POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX	1	2	3	4	5	
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5	
08	SOLUTION DE BETADINE (SOINS DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

1650	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . .	11	SECTION SUIVANTE/SERVICE
		SOINS INFANTILES	13	
PAS VISITÉ AVANT	31			
1651	<b>STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION</b>	OBSERVED	REPORTED, NOT SEEN	NOT AVAILABLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1652	DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE	SALLE SEPARÉE. . . . .	1	
		AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. . . . .	2	
		INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	
		PAS D'INTIMITÉ. . . . .	4	
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

## SECTION 17: PALUDISME

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

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

1701	Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS ..... <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins toujours ou parfois seulement?	TOUJOURS. .... 1 PARFOIS SEULEMENT. .... 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF. .... 1 AUTRES ..... 2 _____ PRECISER	
1708	Est-ce que vous possédez d'un manuel de formation, une affiche ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affiche ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	→
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT			
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON. .... 2	→
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT			
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	

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

## SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	VERIFIEZ Q102.09 FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST 	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST 	
SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT			

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

<b>SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:</b>		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP
01	Sur les IST	1	2	3	8
02	sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
03	sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
04	Posters sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3	8
05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3	8
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
08	<b>INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI</b>	1	2	3	8
09	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
10	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
11	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
12	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
REMERCIEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'END OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

SECTION 19: TUBERCULOSE

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

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

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

HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW

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

**OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR(TRICE)**

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REpondANT:

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES:

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU SUPERVISEUR: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_













PLANIFICATION FAMILIALE

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